

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 706

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian COUMEL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Janvier 1931, à Dijon (Côte-d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1962

**Confrontation anatomo-sialographique
dans les lésions tumorales
des régions parotidienne et sous-maxillaire**

•

Travail du Service de Clinique Stomatologique

Président : M. DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian COUMEL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Janvier 1931, à Dijon (Côte-d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1962

**Confrontation anatomo-sialographique
dans les lésions tumorales
des régions parotidienne et sous-maxillaire**

•

Travail du Service de Clinique Stomatologique



Président : M. DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Éducat. phys. et aux Sports	CHAILEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), D'JOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . .	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) . .	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . .	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . .	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . .	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . .	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . .	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ;
MM. ABELANET (R.); BUSSET (F.);
CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.),
m. conf. ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL
(L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOU-
RILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS
(J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.);
JÉROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Phy- sique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER
(G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.* ;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLAN-
CHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.* ;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HA-
DENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN
(P.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-
ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL
(M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU
(F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.);
GAUDART d'ALLAINES (Cl. de); GER-
MAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI
(J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX
(P.); BOVIN (P.); CROSNIER (J.);
HARTMANN (L.); LÉPER (J.); MAU-
RICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER
(J.); FOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.);
BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE
(A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COU-
RY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.);
FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIM-
BERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE
(Cl.); LESOBRE (R.); MACREZ (C.);
MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZI-
CONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROS-
SIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.* ;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.* ; GREMY (F.), *m.*
conf. ; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phtisiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHE (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaire principal Mlle CHANTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque,
 Conservateur du Musée d'Histoire de la
 Médecine M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
 Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
 QUIÉVREUX (E.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
 dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
 à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554016_0055

AU DOCTEUR QUINSON

AU DOCTEUR DIEUZEIDE

In memoriam.

A MA GRAND-MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON ONCLE

LE PROFESSEUR L. BAUDIN

Membre de l'Institut

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de la Chaire de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Stomatologiste des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

*Notre Président de thèse qui nous a fait
le grand honneur de nous accepter dans
son Service.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CERNÉA

Somatologiste des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il a été notre premier maître et notre
initiateur.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRELLET

Stomatologiste des Hôpitaux

Il nous a inspiré ce travail. Il nous a guidé pas à pas dans sa rédaction.

Qu'il trouve ici l'hommage de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNEAU

*En reconnaissance des conseils qu'il nous
a prodigués.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAYEN

A NOS MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUHÈPE

Stomatologiste des Hôpitaux
Directeur de l'Institut de Stomatologie
à la Faculté de Médecine de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR CRÉPY

Stomatologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUFER

Stomatologiste des Hôpitaux

A TOUS MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE STOMATOLOGIE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
EXTERNAT

Première année :

MONSIEUR LE DOCTEUR FOUQUET
MONSIEUR LE DOCTEUR TALHEIMER

Deuxième année :

MONSIEUR LE DOCTEUR WORMS
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEPARIS

Troisième année :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULIÉ
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMY

INTRODUCTION

L'injection de substances opaques dans les glandes salivaires, pour objectiver des modifications canaliculaires ou parenchymateuses, est une technique ancienne (ARCELIN, 1912), cependant, les images glandulaires obtenues sont toujours d'interprétation délicate et difficile.

Ce travail se propose donc de contribuer à l'étude des corrélations que l'on peut tenter d'établir entre des données histologiques et sialographiques dans les lésions cliniquement tumorales des régions parotidienne et sous-maxillaire.

Cette étude portera sur 56 sialographies suivies d'interventions chirurgicales avec vérifications anatomo-pathologiques :

- a) Interventions pratiquées par Monsieur le Professeur GRELLET, qui se décomposent en 50 parotidectomies et 6 interventions sur la loge sous-maxillaire.
- b) Sur les 56 sialographies 48 furent interprétées et faites par le même opérateur (Monsieur le Docteur BONNEAU), ce qui a permis l'emploi d'une technique rigoureusement identique dans la pluralité des cas.
- c) Quant aux comptes rendus anatomo-pathologiques, 49 furent donnés par Monsieur le Docteur PAYEN. Ce lot de cas pathologiques, qui présente donc une unité d'interprétation sialographique et histologique, sera étudié et réparti en six groupes suivant leur nature :
 - 1) Un premier groupe de 27 épithéliomas à stroma remaniés : 25 localisations parotidiennes ; 2 localisations sous-maxillaires.
 - 2) Un deuxième groupe de 8 cystadéno-lymphomes parotidiens.
 - 3) Un troisième groupe comprenant 7 néoplasmes de la loge parotidienne dont 5 de la glande.

- 4) Un quatrième groupe où nous envisagerons 8 tumeurs considérées comme rares de la parotide ou de la sous-maxillaire comprenant :
— pour la parotide : 1 lipome, 1 kyste, 1 hémolymphangiome, 1 cylindrome et un nodule lymphomateux, 1 kyste épidermique ;
— pour la sous-maxillaire : 1 cylindrome et 1 kyste épidermique.
- 5) Le cinquième groupe comprendra 4 parotidites chroniques à manifestation clinique tumorale, dont 2 tuberculoses nodulaires de la parotide.
- 6) Enfin, dans le sixième groupe, seront étudiées 2 adénites de la loge sous-maxillaire.

* *

PLAN D'ÉTUDE

Nous nous proposons :

- I) Après une description de ce qu'on entend par sialographie normale et image sialographique de lésion tumorale, d'envisager
- II) Les différents groupes individualisés, et dans chacun seront présentés :

1° L'observation avec :

- a) Les comptes rendus sialographiques, où seront indiquées :
— la quantité de lipiodol injecté ;
— l'existence d'un reflux éventuel ;
— les images canaliculaires et parenchymateuses sur chacune des incidences face et profil ;
— l'existence éventuelle de signes inflammatoires.
- b) La localisation clinique ou opératoire ;
- c) L'histodiagnostic ;
- d) Enfin les particularités du cas envisagé lorsqu'elles existent.

2° Les conclusions comprenant :

— une description de l'image la plus fréquemment rencontrée et semblant donc caractéristique du groupe envisagé ;

— les résultats de l'interprétation sialographique en fonction de cette image définie du point de vue diagnostique sous son triple aspect : étiologique, de localisation, de volume tumoral et glandulaire.

Signalons que dans les localisations, nous avons retenu localisation extra ou intra-glandulaire et, de plus, pour les parotides lobe superficiel ou profond, c'est-à-dire des localisations qui présentent un intérêt pour la conduite de la thérapeutique chirurgicale.

III) Dans une troisième partie, pour l'ensemble des images sialographiques, des essais de conclusions générales seront tirés sur :

1° La technique, en la limitant aux incidences nécessaires et aux quantités de lipiodol injecté.

2° L'interprétation diagnostique des clichés : le diagnostic précis de tumeur ou, de façon plus générale et plus vague, de « masse » des régions parotidienne et sous-maxillaire, était-il possible ? Peut-on également reconnaître un état inflammatoire glandulaire ?

DEFINITIONS

I. — IMAGE DE SIALOGRAPHIE NORMALE

Dans les glandes salivaires normales :

— Le canal principal Wharton ou Sténon se dessine avec un calibre uniforme de 1,5 mm à 2 mm (le sténon plus fin que le Wharton) que la pression ne saurait modifier, les bords en sont réguliers, parallèles et linéaires, parfois le canal principal prend un aspect moniliforme en l'absence de tout processus pathologique par insuffisance de réplétion. Les autres canaux visibles se détachent presque à angle droit du canal principal, ils sont nets, répartis uniformément et de façon homogène dans la glande, ils ne présentent aucun manque de remplissage, aucune dilatation anormale, ils se ramifient enfin de façons très diverses en diminuant de calibre jusqu'à la périphérie de la glande, où ils dessinent un véritable chevelu. Pour les canaux afférents, drainant des lobules glandulaires accessoires, notamment au niveau du Sténon, on insiste sur leurs dispositions « en palissade » au-dessus de lui.

— Quant aux images glandulaires normales, si elles diffèrent chez l'adulte et chez l'enfant où le tissu glandulaire semble s'imprégner plus facilement, elles donnent au parenchyme un aspect ouaté, finement granuleux, dessinant les contours glandulaires réguliers, sans bosselures.

II. — DÉFINITION DE L'IMAGE TUMORALE PATHOLOGIQUE

L'opacification de la tumeur (en donnant au mot tumeur son sens le plus large de « masse pathologique ») ne pouvant se faire directement par le produit de contraste, les images que nous en obten-

drons ne seront jamais que celles de leur trace imprimée sur le parenchyme glandulaire opacifié ; c'est pourquoi nous décrirons comme image tumorale des loges parotidiennes ou sous-maxillaires des images d'empreinte, c'est-à-dire les images des « traces laissées par le contact » * tumoral ou encore les images des « marques pratiquées en creux ou en relief » * par ces tumeurs. Ces traces ou ces marques ne pouvant être que partielles dans le cas d'une localisation périphérique ou complètement délimitées dans le cas d'une localisation centrale, de toutes façons s'extériorisant à la vue de façon indirecte sous l'aspect d'une modification dans la tonalité de l'opacification lipiodolée glandulaire ; cette modification de la tonalité pouvant aller du simple estompage cependant parfaitement limitable, jusqu'à l'absence complète d'opacification : c'est l'image radioclaire.

Cette image tumorale d'empreinte ainsi définie pourra s'accompagner d'image proprement glandulaire de retentissement dû à sa présence : ce sont les images de refoulement pouvant se manifester au niveau du parenchyme et du système canaliculaire. Ce refoulement parenchymateux et surtout canaliculaire peut, de plus, prendre un aspect global, unidirectionnel, « en masse », intéressant tout un lobe parotidien ou toute la glande, ou pour le refoulement canaliculaire s'accompagner d'un aspect de dilacération, d'écartement des canalicules par la tumeur, donnant au maximum l'aspect péri-tumoral en « mailles de filet » et l'on conçoit, pour les diagnostics de localisations tumorales, par rapport à la loge ou à la glande, l'importance de ces aspects :

- d'empreintes seules, partielles ou totales ;
 - d'empreintes avec refoulement « en masse » ;
 - d'empreintes avec refoulement et aspect de maille de filet ;
- sans pour cela, nous le verrons, leur accorder une valeur absolue.

(*) Définitions du mot empreinte données par le Larousse.

ETUDES DES DIFFERENTS GROUPES

I. — Les épithéliomas à stroma remanié

1) LES OBSERVATIONS

• OBS. N° 1 — *Lar...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion glandulaire normale ;
- imprégnation parenchymateuse normale objectivant une image sphérique régulière de 1 cm de diamètre avec refoulement parenchymateux se projetant sur l'angle mandibulaire ;
- le réseau canaliculaire est également refoulé régulièrement par cette masse intra-glandulaire.

L'incidence de face ne montre aucune anomalie dans l'opacification parenchymateuse ou la disposition canaliculaire.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* image régulière de refoulement canaliculaire et parenchymateux témoin d'une tumeur intra-glandulaire.
- *Diagnostic clinique :* tumeur siégeant au niveau de la partie moyenne du bord postérieur de la branche montante — dimension : 1,5 cm de diamètre.
- *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel de la parotide.

• OBS. N° 2 — *Cro...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- tracés canaliculaires normaux ;
- imprégnation parenchymateuse minime.

De face :

— refoulement en masse lamellaire de toute la glande : parenchyme et système canaliculaire, celle-ci épouse la surface convexe d'une masse interne au niveau de laquelle on ne constate aucune image parenchymateuse ou canaliculaire du lobe profond.

Au niveau du pôle supérieur de la glande, petits piquetés disséminés : témoins de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique* : ces clichés mettent en évidence une formation tumorale volumineuse avec refoulement externe glandulaire sans qu'il soit possible de préciser certainement la participation glandulaire.

— *Diagnostic clinique* : l'intervention montra qu'il s'agissait d'une tumeur du lobe profond : prolongement pharyngien.

— *L'histo-diagnostic* indique un épithélioma à stroma remanié du lobe profond avec lésions inflammatoires subaiguës et foyers de nécrose.

• OBS. N° 3 — *Des...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

— sur une aire de réplétion étendue avec quelques lobes accessoires, près de la terminaison du Sténon, deux images d'empreinte juxtaposées l'une au-dessus de l'autre : 2,5 et 1 cm de diamètre, entraînant un refoulement parenchymateux et entourées d'un fin lacin canaliculaire.

L'incidence de face et le Hirtz permettent de préciser dans la partie supérieure et profonde du lobe pharyngien une importante image de refoulement intra-glandulaire avec dilacération canaliculaire alentour.

Pas d'image traduisant un état inflammatoire.

— *Diagnostic radiologique* : ces images d'empreinte avec refoulement canaliculaire et parenchymateux évoquent une formation tumorale intra-parenchymateuse du lobe profond de la parotide.

— *Diagnostic clinique* : l'intervention, faite par deux voies intra-buccale et cutanée, montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur parotidienne développée dans le lobe profond, aux dépens de son prolongement pharyngien, donnant cliniquement une tuméfaction de la loge parotidienne et une tuméfaction intra-buccale s'étendant du pilier antérieur à la paroi postérieure du pharynx.

— *L'histo-diagnostic* indique un épithélioma à stroma remanié, volumineux, du lobe profond, pesant 143 g.

• OBS. N° 4 — *Nou...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

— aire de réplétion normale ;

— imprégnation parenchymateuse minime sans image anormale ;

— prédominance de l'ensemble des images canaliculaires sans anomalies.

De face :

- l'imprégnation parenchymateuse est meilleure ;
- pas d'image canaliculaire anormale.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* cette image évoque celle des grosses parotides par prolifération du tissu interstitiel.
- *Diagnostic clinique :* volumineuse parotide, sans plus.
- *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel.

Dans ce cas, la sialographie n'a malheureusement pas pu aider une clinique qui, là, n'avait pas fait le diagnostic de tumeur individualisée.

• OBS. N° 5 — *Nar...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

- aire de réplétion normale ;
- les images canaliculaires et parenchymateuses sont normales dans leur ensemble.

De face :

- images canaliculaires et parenchymateuses normales dans la majeure partie de la glande ; par contre, au pôle inférieur de la parotide, image d'empreinte sphérique de 1,5 cm de diamètre, très superficielle — le refoulement concentrique parenchymateux et canaliculaire n'existant que sur la moitié interne de cette image.

Absence de tout signe inflammatoire.

- *Diagnostic radiologique :* image d'empreinte très externe avec refoulement, donc masse de la loge parotidienne, mais il est difficile de préciser avec certitude sa nature glandulaire.
 - *Diagnostic clinique :* tumeur rétro-angulaire de 1 cm².
 - *L'histo-diagnostic* montre qu'il s'agit d'un épithélioma à stroma remanié se présentant sous deux foyers distincts.
- La sialographie, dans ce cas, n'a décelé qu'une « masse » unique.

• OBS. N° 6 — *Mar...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

- aire de réplétion normale ;
- les images obtenues montrent, dans la portion moyenne glandulaire, une formation sphérique de 4 cm de diamètre, provoquant un refoulement parenchymateux et la formation d'un lacis canaliculaire. Au travers de la transparence tumorale, quelques éléments parenchymateux normaux du lobe profond. La tumeur semble donc n'intéresser que le lobe superficiel.

De face :

— on retrouve cette volumineuse formation sphérique avec images canaliculaires en maille et amincissement parenchymateux périphérique.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique :* image typique de formation tumorale intra-glandulaire, avec refoulement canaliculaire et parenchymateux.

— *Diagnostic clinique :* tuméfaction rétro-angulaire de la loge parotidienne.

— *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié dont la structure permet de penser qu'elle résulterait de la confluence de plusieurs foyers.

• OBS. N° 7 — *Mes...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

— aire de réplétion normale ;

— imprégnation parenchymateuse minime ;

— prédominance d'images canaliculaires avec, au niveau de la moitié supérieure de la parotide, en arrière de l'image superposée du col du condyle, une image d'empreinte de 2 cm de diamètre dilacérant le lacis très fourni des canaux.

Le cliché de face :

— confirme le siège et la forme sphérique régulière de cette empreinte dont les limites sont précisées par un lacis canaliculaire très important reproduisant parfaitement l'image classique de la « balle dans un filet » ;

— l'imprégnation parenchymateuse étant toujours aussi faible.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique :* tumeur du pôle supérieur de la parotide avec image de refoulement et de lacis canaliculaire.

— *Diagnostic clinique :* tuméfaction de la région parotidienne décollant le lobule de l'oreille.

— *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel.

• OBS. N° 8 — *Lev...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

— aire de réplétion normale ;

— l'imprégnation parenchymateuse est importante, toute la portion antéro-supérieure de la glande est refoulée en dehors et en avant par une masse volumineuse sphérique de 4 cm de diamètre, parfaitement limitée en avant par une mince lame parenchymateuse ;

— les images canaliculaires en fin lacis contribuent également à limiter cette masse en avant et en arrière.

L'incidence de face confirme l'image sphérique volumineuse refoulant en dehors toute la partie supérieure de la glande ; image bien limitée en dehors par une mince lame parenchymateuse très imprégnée et un fin lacis canaliculaire.

Parenchyme gorgé témoin de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image de refoulement parenchymateux et canaliculaire témoin d'une formation tumorale glandulaire volumineuse du lobe superficiel.
- *Diagnostic clinique* : volumineuse tumeur en arrière de l'angle de la mandibule, donnant le signe de Nélaton.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel et lésions inflammatoires.

• OBS. N° 9 — *Lou...*

Lors de l'instillation de 2 cm³ de lipiodol, on assiste à un reflux presque immédiat. Les images obtenues semblent ainsi incomplètes.

De profil :

- images parenchymateuses peu importantes : toute la portion inférieure de la glande n'étant pas injectée, les seules portions bien imprégnées sont au niveau des lobules supérieurs qui présentent un aspect piqueté disséminé ;
- images canaliculaires également peu nombreuses ; canal de Sténon de calibre légèrement augmenté ; dans la portion moyenne de la glande, quelques canaux refoulés cernent une masse sphérique de 3 cm de diamètre.

De face :

- cette masse, située au niveau de la localisation habituelle du lobe profond, est mieux visible parce que mieux cerclée par le système canaliculaire ; l'imprégnation canaliculaire et parenchymateuse étant dans l'ensemble aussi pauvre.

Présence de signes inflammatoires au niveau des lobules supérieurs ayant un aspect piqueté disséminé.

- *Diagnostic radiologique* : image tumorale avec refoulement parenchymateux et canaliculaire au niveau du lobe profond de la parotide.
- *Diagnostic clinique* : épithélioma à stroma remanié récidivé à trois reprises : tuméfaction de la région parotidienne de 2 cm sur 1 cm.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié, véritable efflorescence de foyers tumoraux dans le tissu parotidien et au niveau du tissu scléreux cicatriciel des interventions précédentes.

On peut remarquer que la pluralité des foyers, de volume parfois important, a échappé à la sialographie.

• OBS. N° 10 — *Hua...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil

- aire de réplétion normale ;
- imprégnation parenchymateuse et canaliculaire homogène sans image pathologique.

De face :

- l'incidence met en évidence, dans la portion inférieure de la glande, une masse sphérique de 2,5 cm de diamètre, provoquant un refoulement externe en

masse du parenchyme glandulaire et parfaitement limitée par un fin lacis étiré de canaux également refoulés en dehors.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : tumeur du lobe profond de la parotide se traduisant par une image de refoulement parenchymateux et canaliculaire.
- *Diagnostic clinique* : tumeur du pôle inférieur de la parotide.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel, le lobe profond ne présentant aucune altération notable.

• OBS. N° 11 — *Fri...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion étendue dans le sens antéro-postérieur avec nombreux lobes accessoires étagés le long du Sténon ;
- parenchyme gorgé de lipiodol, comme il est classique chez les sujets jeunes ; dans la portion moyenne, des lobules antérieurs, se superposant à l'image de la branche montante, on note une image d'empreinte de 3 cm de diamètre provoquant le refoulement en couche mince du parenchyme ;
- le système canaliculaire est fait de canaux fins qui, également refoulés, contribuent à la limitation de cette empreinte.

L'incidence de face montre le même ensemble d'images :

- parenchyme gorgé ;
- système canaliculaire fin ;
- image d'empreinte provoquant le refoulement du parenchyme et du système canaliculaire qui contribue à la limiter.

Pas de signe inflammatoire.

- *Diagnostic radiologique* : image d'empreinte avec refoulement canaliculaire et parenchymateux traduisant l'existence d'une tumeur parotidienne de la partie antérieure du lobe superficiel.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction prétragienne de 2 cm sur 3.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié, un seul foyer : le lobe superficiel.

• OBS. N° 12 — *Fac...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- il n'existe pratiquement pas d'image parenchymateuse ;
- l'imprégnation est essentiellement canaliculaire. Réseau canaliculaire très riche et surtout uniformément dilaté sans irrégularité. Au niveau de la portion initiale du Sténon, on note une image d'empreinte circulaire de 1 cm de diamètre dont les limites sont précisées par le lacis canaliculaire refoulé et dilacéré ; cet

aspect étant précisé par le cliché en évacuation (une demi-heure après instillation) sur lequel se perçoit l'opacification de la partie la plus fine du réseau canaliculaire.

De face :

- aspect identique ;
- pas d'image parenchymateuse ;
- imprégnation essentiellement canaliculaire avec image d'empreinte sphérique superficielle provoquant un refoulement canaliculaire qui en précise les limites.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* image d'empreinte superficielle avec refoulement canaliculaire témoin d'une lésion tumorale de la portion antérieure du lobe superficiel.
- *Diagnostic clinique :* tumeur du volume d'une petite noix, de localisation prétragienne, très antérieure.
- *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié. Aucun élément pouvant évoquer une lésion pluri-focale.

• OBS. N° 13 — *Duf...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- imprégnation parenchymateuse et canaliculaire homogène mettant en évidence au niveau du pôle inférieur de la glande, une image d'empreinte de 2 cm de diamètre qui semble externe avec refoulement canaliculaire et parenchymateux en périphérie de cette zone.

L'incidence de face retrouve avec une imprégnation parenchymateuse et canaliculaire homogène, l'image d'empreinte externe provoquant un refoulement canaliculaire et parenchymateux en masse.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* cette image pourrait être seulement celle d'un refoulement de la glande par une masse de la loge parotidienne extra-glandulaire.
- *Diagnostic clinique :* tumeur rétro-angulo-maxillaire de 3 cm sur 3.
- *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié pluri-focal du lobe superficiel :
 - un foyer principal au niveau du pôle inférieur lui-même entouré de plusieurs petits nodules de structure identique ;
 - un deuxième foyer au niveau de la partie supérieure de ce même lobe superficiel.

La sialographie n'ayant fait ici le diagnostic de tumeur au sens large que pour le foyer du pôle inférieur.

• OBS. N° 14 — *Cla...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;

— imprégnation parenchymateuse faible mais homogène, mettant en évidence dans la portion moyenne glandulaire une image sphérique de 2,5 cm de diamètre avec refoulement parenchymateux ;

— le système canaliculaire bien opacifié est également refoulé par cette masse.

De face :

— image sphérique avec refoulement périphérique parenchymateux et canaliculaire plus manifeste, au niveau de la partie moyenne de la glande.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique :* image de refoulement parenchymateux et canaliculaire d'une formation tumorale glandulaire intra-parenchymateuse.

— *Diagnostic clinique :* tumeur située au-dessus du lobule de l'oreille.

— *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel, de forme kystique.

• OBS. N° 15 — Coc...

Deux séries de sialographies furent pratiquées à sept années d'intervalle.

PREMIÈRE SÉRIE

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— image de réplétion très étendue aux nombreux lobes accessoires volumineux étagés au-dessus du Sténon ;

— l'ensemble canaliculaire est normal ;

— mais le parenchyme est « gorgé » de lipiodol ; au niveau du pôle inférieur, en plein parenchyme, image sphérique de 1,5 cm avec refoulement parenchymateux. Sur cette image en « manque », apparaît un fin lacis dilacéré de canalicules.

De face :

— l'incidence montre plus visiblement cette image sphérique du pôle inférieur avec refoulement parenchymateux et lacis canaliculaire dilacéré.

Petits signes inflammatoires : parenchyme très gorgé de lipiodol et piquetés discrets.

— *Diagnostic radiologique :* image de refoulement parenchymateux et de lacis canaliculaire, marque d'une tumeur du pôle inférieur du lobe superficiel de la parotide.

DEUXIÈME SÉRIE DE CLICHÉS

Elle permet d'obtenir des images comparables, mais dont tous les éléments sont plus marqués :

— tumeur plus volumineuse ;

— refoulement canaliculaire et parenchymateux plus évidents ;

— parenchyme toujours très gorgé. Piquetés disséminés semblables.

— *Le diagnostic radiologique* est donc le même.

— *Diagnostic clinique :* tumeur sous-angulo-maxillaire. Le compte rendu opératoire la plaçant au pôle inférieur du lobe superficiel.

— *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel qui présente par ailleurs de discrètes lésions inflammatoires. Aucune lésion sur le lobe profond.

• OBS. N° 16 — *Coh...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- image de réplétion normale ;
- imprégnation parenchymateuse normale, hormis dans la partie moyenne glandulaire où l'on note une image sphérique de 2 cm de diamètre refoulant régulièrement le parenchyme à sa périphérie ;
- le canal de Sténon, à son origine intra-glandulaire, est de même refoulé régulièrement. Le reste du système canaliculaire est normal.

L'incidence de face retrouve cette image sphérique au niveau de la partie moyenne de la glande, avec refoulement parenchymateux. Système canaliculaire normal.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : à cette image de refoulement parenchymateux correspond une image tumorale de la partie moyenne du lobe superficiel de la parotide.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction prétragienne, le compte rendu opératoire précisant qu'il s'agit de la partie haute du lobe superficiel.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié : un seul foyer dans le lobe superficiel.

• OBS. N° 17 — *Ble...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- imprégnation parenchymateuse et canaliculaire complète ;
- dans la portion antérieure et inférieure de la glande se projetant sur l'angle mandibulaire, on note une image (2 cm de diamètre) de refoulement régulier des lobules parenchymateux plus ou moins comprimés et des canaux de division du Sténon.

De face :

- cette image de refoulement est mieux précisée par les lobules parenchymateux plus ou moins comprimés, et mieux limitée par l'incurvation du Sténon et le refoulement en dedans et en arrière des canaux de divisions.

Les clichés d'évacuation pratiqués une demi-heure après montrent tout à fait bien cette image régulière et sphérique par l'opacification nouvelle de certains canalicules et lobules qui en précisent encore mieux les limites.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : formation tumorale du lobe superficiel de la parotide, avec refoulement parenchymateux et canaliculaire régulier.

— *Diagnostic clinique* : tumeur de la partie inférieure de la région massétérine, le compte rendu opératoire confirmant son appartenance à la partie antéro-inférieure du lobe superficiel.

— *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel, pluri-focal, avec un foyer plus volumineux que les deux autres.

Remarquons, comme particularité, l'absence d'image donnée par les deux foyers tumoraux moins volumineux.

• OBS. N° 18 — *Vas...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— aire de réplétion normale ;

— dans la partie moyenne de l'aire glandulaire, image d'empreinte sphérique de 2,5 cm de diamètre refoulant régulièrement les images parenchymateuses ;

— le système canaliculaire : Sténon et canaux de division enveloppent cette empreinte d'un lacis plus ou moins étiré.

De face :

— cette incidence confirme la précédente en situant de plus cette image d'empreinte parfaitement limitée par le refoulement régulier canaliculaire et parenchymateux, dans le lobe superficiel.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique* : cette image d'empreinte avec refoulement parenchymateux et canaliculaire est une image typique tumorale intra-glandulaire du lobe superficiel.

— *Diagnostic clinique* confirmé par le compte rendu opératoire : épithélioma à stroma remanié du pôle inférieur du lobe superficiel de la parotide.

— *Histo-diagnostic* : foyer unique d'épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel.

• OBS. N° 19 — *Sim...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol, mais on note un reflux partiel du produit opacifiant.

De profil :

— aire de réplétion étendue par la présence de nombreux lobes accessoires antérieurs ;

— les images canaliculaires et parenchymateuses sont peu imprégnées, mais normales.

L'incidence de face montre au niveau du pôle inférieur de la glande, une empreinte superficielle antéro-externe (que l'incidence de profil avait d'ailleurs laisser supposer) de 1 cm de diamètre, refoulant régulièrement le système canaliculaire et parenchymateux.

Le cliché pratiqué en évacuation une demi-heure après l'instillation, précise encore mieux la loge régulière de cette empreinte faite du refoulement parenchymateux et canaliculaire.

- *Diagnostic radiologique* : il s'agit d'une image de refoulement d'une formation tumorale de la loge parotidienne dont on ne peut préciser avec certitude l'appartenance glandulaire.
- *Diagnostic clinique* : tumeur de la région angulo-maxillaire chez un malade opéré pour épithélioma à stroma remanié du même côté, quelques années auparavant.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel.

• OBS. N° 20 — *Pia...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- image de réplétion peu étendue ;
- il n'est pratiquement noté aucune image parenchymateuse ;
- par contre, l'opacification canaliculaire est bonne : le Sténon et les canaux de divisions présentent des calibres accentués ; dans la partie moyenne et supérieure de la glande, image d'empreinte de 2 cm de diamètre avec refoulement canaliculaire régulier à sa périphérie.

L'incidence de face confirme :

- l'absence d'image parenchymateuse ;
- la distension canaliculaire importante et l'image d'empreinte régulière entraînant le refoulement canaliculaire.

On retiendra une distension canaliculaire importante comparable au phénomène de « dilatation réflexe » avec phénomènes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : cette image d'empreinte avec refoulement canaliculaire régulier est une image assez typique de tumeur intra-parotidienne.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction haute de la région parotidienne déjetant le lobule de l'oreille.
- *Histo-diagnostic* : au niveau du lobe superficiel, épithélioma à stroma remanié entouré d'une importante lymphomatose, le lobe profond étant lobulé par d'épaisses bandes de tissu scléreux. Entre les deux lobes, plusieurs ganglions sont le siège d'une hyperplasie réticulaire avec conservation des centres germinatifs, témoignant de lésions inflammatoires subaiguës.

• OBS. N° 21 — *Bau...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- l'aire de réplétion est normale ;
- imprégnation parenchymateuse bonne. Dans la partie moyenne de la glande, on note une image sphérique de 4 cm de diamètre, très régulière, refoulant le parenchyme en périphérie avec aplatissement ;

— des images canaliculaires typiques de dilacération sont également vues en bordure de cette masse sphérique.

L'incidence de face confirme cet aspect, l'image sphérique apparaissant cependant moins volumineuse, mais le refoulement régulier parenchymateux et canaliculaire est aussi marqué.

A noter que dans les autres portions non refoulées de la glande, il existe des signes inflammatoires parenchymateux (piquetés) et canaliculaires (images canaliculaires fines se distinguant mal sur le parenchyme).

— *Diagnostic radiologique* : image de refoulement parenchymateux et canaliculaire typique de tumeur intra-parotidienne.

— *Diagnostic clinique* : tumeur ayant l'aspect typique d'un épithélioma à stroma remanié, de localisation sous et rétro-angulaire du maxillaire inférieur.

— *Histo-diagnostic* : volumineux épithélioma à stroma remanié, de forme nodulaire, situé dans le lobe superficiel, au niveau de son pôle inférieur.

• OBS. N° 22 — *Vin...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— aire de réplétion normale ;

— sur un parenchyme normalement imprégné, au niveau de la portion moyenne glandulaire, une image parfaitement sphérique de 1,5 cm de diamètre avec refoulement parenchymateux très régulier, accompagné d'images de dilacération canaliculaires limitant en maille ce « manque ».

L'incidence de face confirme cet aspect : image circulaire centrale avec refoulement régulier parenchymateux et canaliculaire.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique* : refoulement parenchymateux et canaliculaire avec image en maille de filet, témoin d'une tumeur parotidienne intra-glandulaire.

— *Diagnostic clinique* : tumeur de la région parotidienne : localisation rétro-angulaire.

— *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe superficiel, pas de lésion du lobe profond.

• OBS. N° 23 — *Mon...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— aire de réplétion normale ;

— opacification parenchymateuse presque nulle, sauf au niveau d'un lobule supérieur fortement gorgé de lipiodol, le tube d'instillation s'étant vraisemblablement trouvé juste à l'entrée de ce canal supérieur ;

— image d'imprégnation canaliculaire prédominante sur laquelle s'extériorise une image d'empreinte avec refoulement canaliculaire se projetant au niveau de l'angle.

De face, on confirme :

- l'absence d'imprégnation parenchymateuse ;
- la prédominance des images canaliculaires avec aspect de refoulement, l'image d'empreinte le provoquant semblant très superficielle.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image superficielle de refoulement canaliculaire traduisant une tumeur intra-parotidienne du lobe superficiel.
- *Diagnostic clinique* : tumeur située au niveau de l'angle mandibulaire, le compte rendu opératoire précisant que le lobe profond est en cause.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié du lobe profond ; les prélèvements effectués à partir du lobe superficiel ne montrant que des lésions inflammatoires, sans prolifération tumorale.

• OBS. N° 24 — *Mic...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- dans la portion glandulaire moyenne et supérieure, image de 3 cm de diamètre avec refoulement parenchymateux et canaliculaire ;
- en périphérie de la glande, images parenchymateuses et canaliculaires normales.

De face :

- cette incidence précise la régularité de l'image, provoquant le refoulement qui vient de la profondeur. Toute la glande semblant refoulée extérieurement.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image de refoulement de toute la glande, traduisant une tumeur du lobe profond de la parotide.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction de la région parotidienne, de localisation sous et prétragienne.
- *Histo-diagnostic* :

1° Epithélioma à stroma remanié, siégeant dans le lobe superficiel, au sein duquel existe une cavité kystique.

2° Nombreuses formations nodulaires constituées de cellules épithéliales géantes témoignant de la présence de tuberculose nodulaire à plusieurs foyers.

La particularité de cette observation est l'association d'un épithélioma à stroma remanié de forme kystique, déjà rare, à une tuberculose nodulaire de la parotide. Ces nodules tuberculeux ne donnent ici aucune image sialographique. Il n'existe pas non plus d'image de parotidite tuberculeuse, ni même d'images de signes inflammatoires banaux.

• OBS. N° 25 — *Bas...*

1. SIALOGRAPHIE SOUS-MAXILLAIRE

Instillation de 1,5 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- imprégnation parenchymateuse normale mettant en évidence une image d'empreinte antéro-externe ;
- avec angulation très accentuée franche du canal de Wharton lors de son trajet vertical intra-glandulaire.

L'incidence de face confirme l'image d'empreinte externe avec refoulement et angulation du canal de Wharton, cette image semblant dépasser le pôle supérieur de la sous-maxillaire.

Pas de signes inflammatoires.

2. SIALOGRAPHIE PAROTIDIENNE

Instillation de 2 cm³, techniquement incomplète, sans reflux.

De profil :

- aire de réplétion semblant normale ;
- pas d'anomalie parenchymateuse ;
- refoulement des terminaisons canaliculaires du pôle inférieur.

De face :

- aucune anomalie parenchymateuse ;
- identique et léger refoulement des terminaisons canaliculaires du pôle inférieur.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique :* tuméfaction assez importante de la loge sous-maxillaire dépassant vers le haut ses limites. Le refoulement sous-maxillaire en imposerait pour une masse intra-glandulaire de la sous-maxillaire, mais l'autre image simultanée de refoulement du pôle inférieur de la parotide fait trancher pour une tumeur extra-glandulaire de la loge sous-maxillaire.

— *Diagnostic clinique :* tuméfaction latéro-cervicale, dont il est impossible de préciser l'origine sous-maxillaire, parotidienne ou ganglionnaire.

— *Histo-diagnostic :* épithélioma à stroma remanié du pôle inférieur de la parotide. Lésion de sclérose importante au niveau de la sous-maxillaire.

Particularité de cette observation : l'examen clinique n'ayant pu faire le diagnostic de nature de cette masse, ni celui de sa localisation, la sialographie de la sous-maxillaire et de la parotide était là particulièrement intéressante. Malheureusement, elle n'a pu fournir de renseignements plus précis.

• OBS. N° 26 — *Fio...*

SIALOGRAPHIE SOUS-MAXILLAIRE

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- la presque totalité de la glande est objectivée par une image de refoulement sphérique de 3 cm de diamètre, provoquant un aplatissement parenchymateux typique ;
- le réseau canaliculaire, également refoulé, dessine un lacis périphérique caractéristique.

L'incidence de face confirme cette grosse image de refoulement parenchymateux et canaliculaire.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : grosse image de refoulement parenchymateux avec lacis canaliculaire périphérique, témoin de tumeur intra-glandulaire.
- *Diagnostic clinique* : tumeur de la région sous-maxillaire.
- *Histo-diagnostic* : épithélioma à stroma remanié parfaitement limité de la sous-maxillaire.

• OBS. N° 27 — *Len...*

SIALOGRAPHIE SOUS-MAXILLAIRE

Instillation de 1,5 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- l'imprégnation parenchymateuse met en évidence une image d'empreinte régulière au niveau du pôle postérieur de la sous-maxillaire, refoulant la glande en masse vers le bas ;
- le système canaliculaire est également refoulé, mais ne présente pas d'aspect en lacis ou en maille circonscrivant cette empreinte.

De face :

- confirme le refoulement en masse parenchymateuse et canaliculaire de la glande en précisant le siège externe de cette image d'empreinte.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image d'empreinte postéro-externe régulière refoulant en masse la glande sous-maxillaire, témoin d'une formation de la loge sous-maxillaire, mais n'intéressant pas la glande.
- *Diagnostic clinique* : tumeur de la région sous-maxillaire. Le C.R.O. précisant que la tumeur extirpée est indépendante de la parotide et de la sous-maxillaire.
- *Histo-diagnostic* : il s'agit d'un épithélioma salivaire à stroma remanié encapsulé ; la capsule de la tumeur adhère à celle de la sous-maxillaire ; épithélioma à stroma remanié indépendant de la sous-maxillaire et de la parotide.

La sialographie, dans ce cas, n'a pas fait le diagnostic étiologique de cette tumeur, mais avait bien précisé sa localisation sous-maxillaire et son indépendance de la glande.

2) CONCLUSIONS CONCERNANT L'INTERPRÉTATION

D'après l'étude de ces 27 sialographies d'épithéliomas à stroma remanié, il semble que l'image la plus fréquemment rencontrée et semblant donc caractéristique de ce groupe, puisse être décrite de la façon suivante :

— Image d'empreinte (ou de manque dans l'opacification) sphérique avec refoulement très régulier du parenchyme et amincissement en périphérie : des images de dilacération canaliculaire, limitant « en maille » cette empreinte avec aspects de lacis et d'étirement, réalisant au total « la balle dans la main ». Au cas de localisation périphérique d'épithélioma à stroma remanié, l'image d'empreinte ainsi définie est partielle : externe ou interne. Ces aspects peuvent être mis en évidence sur les incidences habituelles, face et profil, ou sur l'une d'elles seulement.

1° VALEUR DE CETTE IMAGE

Elle correspond à la description classique qui est donnée des aspects sialographiques de épithéliomas à stroma remanié, puisque l'on retrouve l'image classique de « balle dans la main », réalisée par le refoulement régulier des canaux avec disparition du lipiodol, objectivant une plage radioclaire bien circonscrite.

Ainsi admise, cette image a permis un diagnostic exact :

a) Dans 18 cas, avec :

— 12 images typiques : *obs. n^{os} 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 21, 22 et 26* ;

— 6 images « d'aspect » ou très évocatrices : *obs. n^{os} 1, 9, 14, 16, 20 et 24*.

b) Dans 3 cas, on affirma : tumeur, sans pouvoir préciser davantage : *obs. n^{os} 2, 3, 27*.

c) 1 image fut prise pour celle d'un cystadénolymphome : *obs. n^o 23*.

d) 4 images firent évoquer une adénite : *obs. n^{os} 5, 13, 19 et 25*.

e) 1 seule sialographie ne fit pas le diagnostic de tumeur : *obs. n^o 4*.

Le bilan du diagnostic étiologique semble donc favorable pour l'épithélioma à stroma remanié, mais il faut dire que des « images

typiques ou d'aspect » de T.M., nous le reverrons, ont été également rencontrées dans 11 cas, alors qu'il s'agissait de :

- 4 cancers : *obs. n^{os} 36, 38, 39, 41 ;*
- 3 cystadénolymphomes : *obs. n^{os} 28, 31, 35 ;*
- 1 kyste du lobe profond : *obs. n^o 47 ;*
- 1 lymphangiome : *obs. n^o 45 ;*
- 1 tuberculose nodulaire de la parotide : *obs. n^o 51 ;*
- 1 cylindrome de la parotide : *obs. n^o 46 ;*

erreurs qui s'expliquent puisque ces tumeurs sont macroscopiquement bien limitées, encapsulées, ou peuvent l'être encore au moment de l'examen.

Enfin, ajoutons encore une réserve : sur ces 27 cas, l'examen clinique seul avait déjà fait le diagnostic « de tumeurs de la région parotidienne » ou sous-maxillaire imposant une intervention » et même souvent le diagnostic d'épithélioma à stroma remanié.

2° Si l'on considère maintenant le DIAGNOSTIC DE LA LOCALISATION

Dix-neuf fois, on a pu affirmer la participation glandulaire et, dans 11 cas, préciser justement le lobe en cause ; on peut cependant faire remarquer :

- que dans le cas particulièrement intéressant de l'*obs. n^o 25*, où l'examen clinique n'avait pu trancher entre tumeur de la parotide ou tumeur de la sous-maxillaire, la sialographie ne put faire mieux ;
- et que dans 4 cas de tumeurs à foyers pluri-focaux importants, la sialographie n'a pas permis de les individualiser : *obs. n^{os} 5, 9, 13 et 17.*

3° Enfin, envisageons l'APPRÉCIATION DU VOLUME GLANDULAIRE OU TUMORAL

— *Volume glandulaire* : l'incidence de profil ne donne que peu d'indication, puisque quatre aires de réplétion seulement furent trouvées augmentées : *obs. n^{os} 3, 11, 15 et 19.* Par contre, l'incidence de face ou le Hirtz permettent d'apprécier un volume glandulaire augmenté.

— *Volume tumoral* : la sialographie donne des notions qualitatives de volume tumoral, mais la notion quantitative est bien hasardeuse à préciser. La technique même des différentes incidences introduit de plus pour chaque incidence des causes de déformation supplémentaire de la masse tumorale.

II. — Les cystadénolymphomes

1) LES OBSERVATIONS

• OBS. N° 28 — *Man...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- pas d'imprégnation parenchymateuse ;
- les images obtenues sont purement canaliculaires avec, par zones, accentuation irrégulière du calibre donnant l'aspect de « dilatation réflexe » localisée. Dans la zone glandulaire postéro-inférieure, une image de refoulement canaliculaire par une masse sphérique (2 cm de diamètre).

L'incidence de face confirme l'imprégnation purement canaliculaire et l'image de refoulement canaliculaire régulier.

Petits signes inflammatoires : images canaliculaires par endroit fines et par zones au calibre irrégulièrement accentué donnant l'aspect de « dilatation réflexe ».

- *Diagnostic radiologique :* image de refoulement purement canaliculaire d'une tumeur intra-glandulaire.
- *Diagnostic clinique :* tumeur rétro-angulo-maxillaire correspondant à l'intervention au pôle inférieur du lobe superficiel.
- *Histo-diagnostic :* formation parfaitement bien limitée, du pôle inférieur du lobe superficiel. En périphérie et à distance, existent des lésions de type inflammatoire subaigu, sans caractère spécifique.

• OBS. N° 29 — *Riv...*

Les clichés communiqués montrent une parotide de volume normal.

De profil :

- l'imprégnation parenchymateuse est pratiquement inexistante ;
- imprégnation donc purement canaliculaire avec au niveau du pôle inférieur une image de refoulement canaliculaire sans dilacération de 3 cm de diamètre.

L'incidence de face confirme les images presque purement canaliculaires et montre l'image d'empreinte externe provoquant le refoulement du réseau canaliculaire du pôle inférieur.

Petits signes inflammatoires généralisés : canalicules très fins par endroit, aux calibres irrégulièrement accentués dans d'autres.

- *Diagnostic radiologique :* image de refoulement canaliculaire du pôle inférieur par une masse extra-glandulaire.

- *Diagnostic clinique* : tuméfaction rétro et sous-angulaire correspondant à l'intervention, au pôle inférieur du lobe superficiel.
- *Histo-diagnostic* : cystadénolymphome.

• OBS. N° 30 — *Ber...*

Les clichés communiqués montrent une parotide de volume normal.

De profil :

- imprégnation parenchymateuse complète avec, au niveau du pôle inférieur, image d'empreinte sphérique de 2,5 cm de diamètre, provoquant un refoulement en masse de tout le système parenchymateux ;
- le système canaliculaire est lui aussi refoulé en masse par cette empreinte.

L'incidence de face confirme le déjettement en dehors du pôle inférieur de la parotide avec image de refoulement canaliculaire et parenchymateux.

Images inflammatoires généralisées à l'ensemble canaliculaire et parenchymateux : piquetés disséminés d'allure miliaire, système canaliculaire parfois très fin se distinguant mal.

- *Diagnostic radiographique* : image de refoulement parenchymateux et canaliculaire provoquée par une tumeur intra-glandulaire de la partie profonde du lobe superficiel.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction diffuse de la région parotidienne.
- *Histo-diagnostic* : cystadénolymphome du lobe superficiel intra-parotidien avec, dans les lobules voisins de la tumeur, des lésions inflammatoires de type subaigu et chronique. Dans le lobe profond : lésions inflammatoires de type subaigu banal.

• OBS. N° 31 — *Fed...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- pratiquement pas d'opacification parenchymateuse ;
- les images sialographiques sont donc surtout canaliculaires avec quelques portions de canalicule présentant des augmentations de calibre. Dans la partie glandulaire moyenne, au niveau du canal de Sténon, on note une image de refoulement central, sphérique, canaliculaire, de 1 cm de diamètre.

L'incidence de face confirme l'exclusivité presque complète de l'opacification canaliculaire et montre cette image centrale de 1 cm provoquant le refoulement canaliculaire, notamment le long de son bord externe.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image de refoulement canaliculaire, témoin d'une tumeur intra-parotidienne.
- *Diagnostic clinique* : tumeur prétragienne de la région parotidienne.
- *Histo-diagnostic* : cystadénolymphome intra-parotidien caractéristique.

• OBS. N° 32 — *Fla...*

Instillation difficile de 1,5 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
 - pas d'image parenchymateuse ;
 - les images sont donc essentiellement constituées du réseau canaliculaire.
- On note, au niveau du pôle inférieur, une image de refoulement sphérique de 4 cm de diamètre, bien limitée par le réseau canaliculaire dilacéré.

L'incidence de face confirme l'opacification canaliculaire unique et l'image de refoulement et de dilacération canaliculaire du pôle inférieur de la parotide.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* image de refoulement et de dilacération canaliculaire, témoin d'une masse intra-glandulaire.
- *Diagnostic clinique :* tuméfaction de la région parotidienne rétro-mandibulaire.
- *Histo-diagnostic :* cystadénolymphome intra-parotidien de la partie inférieure du lobe superficiel.

• OBS. N° 33 — *Hos...*

Deux séries de clichés furent pratiqués à dix ans d'intervalle.

PREMIÈRE SÉRIE

Montre aussi bien sur les incidences de face que de profil :

- l'absence d'image tumorale ;
- l'absence d'image parenchymateuse ;
- l'injection du système canaliculaire mettant en évidence :
 - le Sténon dilaté flexueux avec instillation du trajet fistuleux (fistule de la peau) ;
 - l'opacification partielle des canaux de division dilatés, irréguliers, avec quelques images en boules.

DEUXIÈME SÉRIE

Instillation de 3 cm³ de lipiodol donnant une imprégnation incomplète.

De profil :

- absence d'injection parenchymateuse ;
- image donc presque purement canaliculaire montrant l'opacification du trajet fistuleux avec un Sténon très dilaté, irrégulier, aux canaux de division anfractueux et moniliformes ; les canaux de division supérieurs sont refoulés et cerclent plus ou moins complètement une image tumorale de 2 cm de diamètre.

De face, l'incidence confirme :

- l'absence d'injection parenchymateuse ;
- l'image de refoulement canaliculaire de la portion supérieure de la glande et les anomalies canaliculaires déjà signalées.

Des clichés d'évacuation, pratiqués quarante-huit heures après, montrent la vidange presque complète de ce qui reste du système canaliculaire. Persistance cependant de quelques rares taches lipiodolées.

Signes inflammatoires classiques et marqués au niveau du système canaliculaire : dilatation, irrégularités, images en « boules », aspect moniliforme.

- *Diagnostic radiologique* : mise en évidence d'un trajet fistuleux et d'une image de refoulement canaliculaire, témoin d'une tumeur intra-parotidienne.
- *Diagnostic clinique* : fistule de la région parotidienne avec noyau tumoral, en arrière de la branche montante, sous le lobule de l'oreille.
- *Histo-diagnostic* : cystadénolymphome du lobe superficiel développé sur un trajet fistuleux.

• OBS. N° 34 — *Kle...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. On assiste à un reflux partiel du produit opacifiant après instillation de 1 cm³ de lipiodol (malgré le tube de polyester enfoncé de plus de 2 cm).

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- bonne opacification parenchymateuse avec une image régulière de refoulement de 5 cm de diamètre, occupant la moitié inférieure de la glande ;
- tout le système canaliculaire est également refoulé, étiré et dilacéré par cette volumineuse masse intra-glandulaire.

De face, cette incidence confirme l'importance de cette masse régulière se projetant au niveau de la moitié inférieure de la glande et provoquant un refoulement parenchymateux et canaliculaire.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : volumineuse image tumorale intra-glandulaire donnant un bel aspect de refoulement parenchymateux et canaliculaire avec étirement et dilacération.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction de la région parotidienne de localisation rétro-angulaire.
- *Histo-diagnostic* : cystadénolymphome intra-parotidien du lobe superficiel, à deux foyers nettement séparés.

• OBS. N° 35 — *Pal...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- en aucun point, on ne note d'image parenchymateuse ;
- donc, images purement canaliculaires avec dilatations discrètes mais généralisées à tout l'ensemble. Au niveau de la moitié inférieure de la glande, une image sphérique régulière, de 1 cm de diamètre, provoque le refoulement du système canaliculaire qui contribue ainsi à en préciser les limites. Au niveau du pôle inférieur, on note une image analogue de plus petit volume.

De face, l'incidence précise :

- l'absence d'image parenchymateuse ;
- le refoulement régulier du système canaliculaire mettant en évidence les deux néo-formations intra-glandulaires déjà signalées par l'incidence de profil.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image de refoulement canaliculaire mettant en évidence deux formations tumorales intra-glandulaires.
- *Diagnostic clinique* : petite tumeur rétro-angulaire et sous-mastoïdienne dépliant le lobule de l'oreille.
- *Histo-diagnostic* : dans le lobe superficiel, deux formations nodulaires nettement séparées, l'une volumineuse, l'autre de taille plus réduite, présentant une structure identique, réalisant l'image typique d'un cystadénolymphome.

La particularité de ce cas réside dans le fait que, si la sialographie a donné un faux diagnostic étiologique, elle avait, par contre, bien signalé les deux localisations tumorales.

2) CONCLUSIONS CONCERNANT L'INTERPRÉTATION

Sur ces 8 cas de cystadénolymphomes, un certain nombre d'aspects communs peuvent être soulignés et permettre un essai d'individualisation d'image sialographique.

Il s'agit d'image essentiellement ou purement canaliculaire, par conséquent sans imprégnation lipiodolée parenchymateuse avec une image tumorale de gros volume, donnant un aspect de refoulement bien limité et régulier avec dilatation et dilacération canaliculaire localisée ou non.

Ces aspects peuvent être mis en évidence sur les deux incidences habituelles, face et profil.

1° VALEUR DE CETTE IMAGE

Elle correspond classiquement à une image de tumeur bénigne, d'où les confusions avec d'autres tumeurs bénignes ou masses tumorales bien limitées, comme le montre l'étude des diagnostics étiologiques évoqués pour ces 8 cas. En effet :

- si 3 fois le diagnostic fut donné exactement : obs. n^{os} 30, 32, 34 ;
- 3 cas firent évoquer des épithéliomas à stroma remanié : obs. n^{os} 28, 31, 35 ;
- 1 fois, on a conclu adénite : obs. n^o 29 ;
- 1 fois, on ne peut faire mieux que d'évoquer une tumeur : obs. n^o 33.

Il est à noter que les images d'imprégnation uniquement canaliculaires ou presque que l'on a retenues comme caractère faisant évoquer le diagnostic sialographique de cystadénolymphome, se sont rencontrées (en ne tenant compte que de ce critère) dans 6 cas sur les 8 (*obs. n^{os} 28, 29, 31, 32, 33, 35*) étudiés, mais ce même aspect s'est également rencontré dans :

— 6 tumeurs mixtes : *obs. n^{os} 2, 4, 7, 12, 20, 23* ;

— 1 cancer : *obs. n^o 42*.

On peut donc dire qu'« il figure » à juste titre dans la description de l'image du cystadénolymphome, mais qu'on ne peut lui donner une valeur absolue dans le diagnostic étiologique.

2° DIAGNOSTIC DE LOCALISATION

Sept fois, on peut justement affirmer la localisation intra-glandulaire et 4 fois préciser le lobe en cause.

3° Envisageons enfin l'APPRÉCIATION DU VOLUME GLANDULAIRE ET TUMORAL

Les conclusions sont les mêmes que pour les épithéliomas à stroma remanié :

- de profil, volume glandulaire normal dans les 8 cas, l'incidence de face antéro-postérieure précisant seule l'épaississement glandulaire ;
 - pour les cystadénolymphomes, leur volume est de manière générale qualitativement plus important que pour les autres tumeurs, mais l'appréciation quantitative se heurte aux mêmes incertitudes que pour les épithéliomas à stroma remanié.
-

III. — Les cancers de la région parotidienne

1) LES OBSERVATIONS

• OBS. N° 36 — *Mod...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion étendue dans le sens antéro-postérieur par la présence de nombreux lobes accessoires le long du canal de Sténon ;
- bonne imprégnation parenchymateuse permettant de constater, au niveau de la partie moyenne de la glande, une image sphérique de 4 cm de diamètre, avec refoulement parenchymateux important ;
- le système canaliculaire, lui aussi refoulé, présente des images d'écartement et d'étirement précisant bien la régularité de cette image sphérique.

L'incidence de face confirme la précédente en montrant :

- un refoulement parenchymateux important avec aspect en couche mince externe ;
- un aspect canaliculaire d'étirement et dilacération limitant cette masse sphérique aux contours réguliers.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* image de refoulement parenchymateux et canaliculaire régulier, témoin d'une lésion tumorale intra-glandulaire.
- *Diagnostic clinique :* volumineuse tuméfaction parotidienne en arrière de la branche montante.
- *Histo-diagnostic :* le lobe superficiel ne présente pas d'altération notable. Dans le lobe profond, épithélioma dit trabéculaire de la parotide, la tumeur étant limitée en périphérie par une densification du tissu conjonctif formant une capsule.

Particularité : le caractère bien limité de la tumeur doit expliquer l'erreur du diagnostic étiologique, car sialographiquement, on ne voit pas la différence qui pourrait se voir entre une tumeur bénigne, type épithélioma à stroma remanié, et une tumeur maligne à un stade aussi bien limité, même histologiquement.

• OBS. N° 37 — *Buc...*

Profil :

- les clichés communiqués montrent une parotide dont l'aire de réplétion est réduite ;
- imprégnation parenchymateuse cependant assez bonne, mettant en évidence

au niveau des lobes accessoires antérieurs, une image de refoulement sphérique parenchymateuse de 3 cm de diamètre, aux limites cependant peu précises ; — le système canaliculaire, également refoulé au niveau des lobes accessoires antérieurs par cette masse sphérique, présente de plus des images d'amputation par compression probable ; à noter l'amputation du canal de Sténon à la partie moyenne de son trajet intra-glandulaire.

De face, confirme :

- l'image de refoulement parenchymateux visible dans la portion supérieure de la glande ;
- et les images de refoulement et d'amputation canaliculaires, notamment celle du canal de Sténon.

Signes inflammatoires nombreux, surtout au niveau des lobes accessoires antérieurs montrant des aspects de piquetés miliaires.

- *Diagnostic radiologique* : image sphérique de refoulement avec amputation canaliculaire et signes inflammatoires évoquant une formation tumorale dense et remaniée de la parotide.
- *Diagnostic clinique* : grosse tuméfaction prétragienne.
- *Histo-diagnostic* : dans le lobe superficiel, épithélioma glandulaire, de type muco-épidermoïde, présentant un seul foyer assez bien circonscrit. Le reste du lobe superficiel présente une régression adipeuse assez marquée. Dans le lobe profond, sclérose inter-lobulaire et régression adipeuse très marquées.

• OBS. N° 38 — Gir...

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- volumineuse image de 6 cm de diamètre, située dans la moitié supérieure de la glande, provoquant un refoulement concentrique du parenchyme ;
- le système canaliculaire présente également un aspect de refoulement concentrique avec quelques images de dilatation localisées.

De face, cette incidence confirme :

- l'image de refoulement parenchymateux avec aspect en couche mince externe ;
- l'aspect étiré, écartelé, dilacéré du système canaliculaire circonscrivant cette masse.

Signes inflammatoires parenchymateux : piquetés disséminés.

- *Diagnostic radiologique* : volumineuse image tumorale intra-glandulaire régulière entraînant un refoulement canaliculaire et parenchymateux concentrique.
- *Diagnostic clinique* : tumeur de la région parotidienne, de la taille d'une orange.
- *Histo-diagnostic* : volumineuse tumeur, ne respectant qu'un peu de tissu parotidien à la partie inférieure de la tumeur : épithélioma de type glandulaire assez peu différencié, présentant en de nombreux points une métaplasie malpighienne.

• OBS. N° 39 — Hof...

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion très étendue ;
- lobules parenchymateux normalement imprégnés permettant de constater, au niveau de la moitié supérieure de la glande, une image de refoulement parenchymateux de 4 cm de diamètre ;
- le système canaliculaire est également refoulé et, au travers de la « clarté » ainsi obtenue, on ne note aucune image du lobe profond.

L'incidence de face confirme l'image sphérique régulière de refoulement parenchymateux et canaliculaire, et précise sa position très interne.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique :* image régulière de refoulement canaliculaire et parenchymateux, témoin d'une masse intra-parotidienne du lobe profond.
- *Diagnostic clinique :* volumineuse tuméfaction de la région parotidienne atteignant en haut le tragus, dépassant en bas le bord basilaire, débordant en avant sur la région massétérine, cette tumeur occupait tout le lobe superficiel, dit le compte rendu opératoire.
- *Histo-diagnostic :* carcinome parotidien indifférencié anaplasique. Il existe une véritable diffusion du processus néoplasique à la fois dans le tissu cellulo-graisseux voisin et entre les quelques lobules parotidiens persistants visibles sur les préparations.

• OBS. N° 40 — Bar...

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- les images parenchymateuses et canaliculaires ne présentent aucun aspect normal ;
- amas lipiodolés disséminés de volume variable, aux contours irréguliers et anfractueux ;
- système canaliculaire et Sténon, dilatés ou rétrécis par endroit, amputés aux bords irréguliers.

De face, cette incidence confirme l'anarchie complète des images parenchymateuses et canaliculaires.

- *Diagnostic radiologique :* élément tumoral ayant remanié ou détruit tout aspect normal, aussi bien parenchymateux que canaliculaire.
- *Diagnostic clinique :* tuméfaction de volume important angulo-maxillaire.
- *Histo-diagnostic :* tumeur muco-épidermoïde, dont les caractères histologiques permettent de penser qu'elle présente une malignité certaine ; les lobes superficiels et profonds sont également intéressés.

• OBS. N° 41 — *Mar...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. On note un reflux à la fin de l'instillation.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- images parenchymateuses peu nombreuses avec aspect « en boules », disséminées (peut-être pas assez de lipiodol ?) ;
- canal de Sténon de calibre normal et régulier ; canaux de division bien visibles mettant en évidence au niveau du pôle inférieur de la glande une image sphérique régulière (1 cm de diamètre) de refoulement canaliculaire avec aspect d'écartement et de dilacération.

De face, cette incidence confirme :

- le peu d'images parenchymateuses avec aspect en « boules » ;
- l'image de refoulement externe canaliculaire du pôle inférieur de la glande par une masse sphérique régulière de 1 cm de diamètre.

Signes inflammatoires parenchymateux : aspect en « boules » visible sur les deux incidences.

- *Diagnostic radiologique :* image de refoulement canaliculaire régulier du pôle inférieur, témoin d'une lésion tumorale intra-parenchymateuse.
- *Diagnostic clinique :* cliniquement, deux tuméfactions : prétragienne et au niveau du pôle inférieur parotidien. Le compte rendu opératoire montre déjà qu'il s'agit de masses d'apparence ganglionnaire indépendantes de la parotide.
- *Histo-diagnostic :* l'examen des ganglions et de la masse tumorale, elle aussi indépendante de la glande et correspondant à son pôle inférieur, font penser à un réticulosarcome, mais les caractères biologiques sont trop imprécis pour différencier à ce stade une prolifération réticulaire maligne d'un Hodgkin.

Particularités : il existait donc dans cette glande plusieurs masses tumorales au sens le plus large. La sialographie, n'en précisant qu'une seule, ne put la situer exactement par rapport à la glande.

• OBS. N° 42 — *Les...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion glandulaire normale ;
- aucune image parenchymateuse malgré
- une réplétion cependant parfaite de tout l'ensemble des canaux de division. Le canal de Sténon est d'un calibre régulier, mais plus accentué que normalement. Cet ensemble d'images canaliculaires présente un refoulement en masse vers l'extérieur : toute la masse glandulaire étant intéressée, la lésion tumorale n'intéresse pas la parotide.

De face, confirme :

- l'absence d'images parenchymateuses ;
- le refoulement canaliculaire vers l'extérieur intéressant toute la masse glandulaire.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image de refoulement canaliculaire régulier intéressant toute la masse glandulaire, traduisant donc un processus tumoral de la loge parotidienne n'intéressant pas la glande.
- *Diagnostic clinique* : cliniquement, tuméfaction en masse de la loge parotidienne, le compte rendu opératoire précisant que le lobe superficiel de la parotide est repoussé plus qu'envahi par la masse tumorale.
- *Histo-diagnostic* : volumineuse masse tumorale située en plein tissu musculaire, au voisinage du pôle inférieur du lobe superficiel de la parotide, dont elle est séparée par une cloison fibreuse. Il s'agit de la diffusion métastatique d'un épithélioma malpighien peu différencié, sa structure faisant penser à une origine possible laryngée.

2) CONCLUSIONS CONCERNANT LES INTERPRÉTATIONS

L'étude de ces 7 cas de tumeurs malignes de la région parotidienne montre que dans 5 cas une simple image régulière de refoulement canaliculaire ou parenchymateux fut retrouvée, c'est-à-dire une image de tumeur bien limitée et sans doute bénigne.

L'image évocatrice de ce groupe, que l'on serait donc tenté de décrire ici, ne différerait pas sensiblement de celle mise en évidence pour les épithéliomas à stroma remanié.

Il semble cependant que l'image évocatrice de processus malin, lorsque tous les éléments en sont réunis, prenne cependant une certaine valeur, puisque dans le cadre de cette étude aucun diagnostic erroné de tumeurs malignes n'a été donné.

Cet aspect de processus malin est donc caractérisé par le fait qu'il n'existe aucune image glandulaire ou canaliculaire normale. Amas anfractueux, irréguliers de lipiodol en nombre variable, disséminés anarchiquement dans l'aire parenchymateuse et images canaliculaires faites de dilatations ou de rétrécissements irréguliers avec amputation du Sténon ou de ses branches de divisions, sont les aspects les plus frappants.

1° VALEUR DIAGNOSTIQUE DE CETTE IMAGE

Ainsi reprise, l'image de tumeur maligne ne diffère pas sensiblement des aspects classiquement décrits où l'on insiste sur :

- les zones irrégulières non injectées en pleine substance glandulaire ;
- les déformations de l'image du canal principal ;
- le remplissage incomplet, l'impossibilité de mettre en évidence un système canaliculaire organisé ;
- l'aspect marécageux ou la diffusion du lipiodol dans la glande.

Cette image traduisant le développement d'un processus malin, a été retrouvée 1 fois : *obs. n° 40*, suspectée 1 fois : *obs. n° 37*. Par contre, 4 diagnostics d'épithélioma à stroma remanié furent faits : *obs. n°s 36, 38, 39, 41*.

Enfin dans l'*obs. n° 42*, on put seulement préciser « refoulement » tumoral, en indiquant d'ailleurs justement que la glande n'était pas intéressée par le processus.

2° DIAGNOSTIC DE LOCALISATION

Quant au diagnostic de localisation, il fut, là encore, meilleur, car, si l'on ne put jamais cependant préciser le lobe en cause, on conclut sur tumeur intra-glandulaire et à juste titre 5 fois sur 5. Les deux derniers néoplasmes n'intéressaient pas la glande et un cas fut d'ailleurs précisé comme tel.

Donc, 6 localisations intra ou extra-glandulaires justes sur 7.

3° APPRÉCIATION DU VOLUME GLANDULAIRE

Enfin, pour les volumes glandulaire ou tumoral, les résultats sont sensiblement identiques à ceux déjà vus pour tumeur mixte et cystadénolymphome.

— *Volume glandulaire* : aire de réplétion augmentée dans 2 cas : *obs. n°s 36, 39* ; diminuée dans 1 cas : *obs. n° 37*.

L'incidence de face donnant seule un aspect d'épaississement glandulaire et permettant une appréciation qualitative, mais non quantitative stricte du volume de la tumeur.

IV. — Les tumeurs rares de la parotide et de la sous-maxillaire

1) OBSERVATIONS

Seront envisagées d'abord les 6 tumeurs de la loge parotidienne, puis les 2 tumeurs de la sous-maxillaire.

• OBS. N° 43 — *Mar...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion glandulaire normale ;
- bonne imprégnation parenchymateuse sans image anormale ;
- système canaliculaire sans anomalie.

De face, l'incidence montre :

- une imprégnation glandulaire parenchymateuse et canaliculaire normale ;
- au niveau du pôle inférieur, une très légère image d'empreinte externe sans aucune image de refoulement.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique :* très minime image d'empreinte externe *sans refoulement*, traduisant peut-être une lésion tumorale des plans superficiels.

— *Diagnostic clinique :* petit nodule des plans superficiels : kyste sébacé.

— *Histo-diagnostic :* en réalité, comme l'intervention l'avait déjà apprécié, il s'agissait de tissu parotidien : involution de lobule parotidien de type lymphomateux, nodule parfaitement limité.

Particularité : dans ce cas, la sialographie n'a pas permis de redresser un diagnostic clinique qui n'avait pas mis en évidence la participation parotidienne.

• OBS. N° 44 — *Lei...*

Les clichés communiqués montrent une aire de réplétion glandulaire normale.

De profil :

- imprégnation parenchymateuse suffisante pour montrer, au niveau du pôle inférieur de la parotide, le long de son bord antérieur, une image d'empreinte avec léger refoulement parenchymateux ;
- le système canaliculaire est également refoulé par cette image d'empreinte correspondant au pôle inférieur.

De face : confirme l'image de refoulement parenchymateux et canaliculaire, mais montre que l'empreinte est très externe et superficielle.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image d'empreinte superficielle et antérieure avec refoulement canaliculaire et parenchymateux, témoin d'une lésion tumorale de la loge parotidienne, mais n'intéressant pas la glande.
- *Diagnostic clinique* : tumeur bien limitée sous-angulo-maxillaire.
- *Histo-diagnostic* : lipome de la loge parotidienne extra-glandulaire.

• OBS. N° 45 — *Dau...*

Les clichés communiqués montrent une aire de réplétion parotidienne assez étendue.

De profil :

- parenchyme bien imprégné mettant en évidence une image sphérique régulière de 4 cm de diamètre, avec refoulement parenchymateux siégeant dans la moitié supérieure de l'aire glandulaire ;
- le système canaliculaire étant lui aussi refoulé avec aspect de dilacération et d'écartement canaliculaire.

De face, l'incidence confirme le volume et la régularité de cette image sphérique, entraînant un refoulement parenchymateux et canaliculaire avec aspect de lacis étiré.

Signes inflammatoires parenchymateux accentués se traduisant par une « glande gorgée » avec images de « gouttes » et d'amas lipiodolés, notamment en avant de l'image de refoulement.

Des tomographies (face et profil) de la branche montante permettent de montrer une image de raréfaction osseuse se projetant en regard de l'image sphérique de refoulement.

- *Diagnostic radiologique* : grosse image sphérique régulière avec refoulement parenchymateux et canaliculaire, et aspect de raréfaction de la branche montante, témoin d'une lésion tumorale intra-glandulaire de la parotide.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction globale de la région parotidienne.
- *Histo-diagnostic* : hémolymphangiome développé à partir du tissu fibreux situé entre les lobules parotidiens ; lésion sensiblement identique sur les lobes superficiel et profond.

• OBS. N° 46 — *Run...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale avec lobes accessoires nettement séparés, alignés en « palissade » au-dessus du Sténon ;
- dans la portion antérieure de la glande, à l'origine du canal de Sténon intra-glandulaire, image sphérique et régulière de 1 cm de diamètre, provoquant un refoulement parenchymateux et canaliculaire concentrique ;
- les autres images canaliculaires sont normales.

De face, cette incidence confirme le refoulement très net canaliculaire et parenchymateux, et précise la position superficielle de l'image sphérique régulière qui le provoque.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image régulière sphérique et superficielle avec refoulement canaliculaire et parenchymateux, témoins d'une lésion tumorale intra-glandulaire du lobe superficiel.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction rétro-maxillaire de la grosseur d'une noix.
- *Histo-diagnostic* : cylindrome de la partie antérieure du lobe superficiel de la parotide.

• OBS. N° 47 — *Lec...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- bonne imprégnation parenchymateuse mettant en évidence au niveau du pôle supérieur, dans sa partie antérieure, une image d'empreinte sphérique régulière de 2 cm de diamètre avec refoulement parenchymateux ;
- le système canaliculaire, également refoulé par cette masse, présente de plus des aspects de dilacérations et d'étirements.

L'incidence de face précise la régularité de l'image de refoulement parenchymateux et canaliculaire du pôle supérieur de la parotide.

Pas de signes inflammatoires.

- *Diagnostic radiologique* : image d'empreinte sphérique entraînant un refoulement régulier parenchymateux et canaliculaire, témoin d'une lésion tumorale intra-glandulaire du pôle supérieur de la parotide : localisation superficielle.
- *Diagnostic clinique* : petite tumeur prétragienne.
- *Histo-diagnostic* :
 - lobe superficiel sans altération histologique importante ;
 - kyste intra-parotidien du lobe profond vraisemblablement d'origine inflammatoire.

• OBS. N° 48 — *Gui...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- aire de réplétion normale ;
- parenchyme « gorgé » de lipiodol mettant en évidence dans la portion glandulaire supérieure, une image d'empreinte sphérique avec refoulement parenchymateux concentrique ;
- système canaliculaire fin, parfois irrégulier, apparaissant mal.

De face, cette incidence confirme l'image d'empreinte sphérique de la portion supérieure glandulaire, son siège externe avec refoulement en bloc du lobe superficiel.

Signes inflammatoires parenchymateux avec parenchyme gorgé piquetés disséminés, et canaliculaire avec des canalicules fins, irréguliers, se distinguant mal.

— *Diagnostic radiologique* : image d'empreinte superficielle régulière avec refoulement en masse du lobe superficiel, témoin d'une lésion tumorale de la loge parotidienne, mais n'intéressant pas la glande.

— *Diagnostic clinique* : tumeur pré-auriculaire de 1 cm².

— *Histo-diagnostic* : kyste épidermique sans caractère, suspect de malignité de la loge parotidienne, n'intéressant pas la glande.

• OBS. N° 49 — *Gue...*

Instillation par le canal de Wharton de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— aire de réplétion normale ;

— bonne imprégnation parenchymateuse mettant en évidence, au niveau du pôle inférieur de la glande, une image d'empreinte régulière avec refoulement parenchymateux ;

— le système canaliculaire, également refoulé, présente des images de compression.

De face, cette incidence confirme l'image de refoulement régulier canaliculaire et parenchymateux, et précise la position sous-jacente à la glande de la masse qu'elle traduit.

Des signes inflammatoires accentués sont notés au niveau du parenchyme : aspect en « boules », piquetés disséminés.

Des clichés pratiqués « en évacuation » une demi-heure après les premières incidences, précisent mieux les limites de cette empreinte en montrant des perméabilisations canaliculaires meilleures et parfois nouvelles.

— *Diagnostic radiologique* : image d'empreinte régulière avec refoulement canaliculaire et parenchymateux, les clichés en évacuation faisant faire le diagnostic de lésion tumorale de la loge sous-maxillaire extra-glandulaire.

— *Diagnostic clinique* : tumeur de la loge sous-maxillaire.

— *Histo-diagnostic* : cylindrome de la sous-maxillaire.

• OBS. N° 50 — *Bou...*

Les clichés communiqués montrent :

De profil :

— une bonne imprégnation parenchymateuse mettant en évidence, au niveau du pôle supérieur de la glande, une image d'empreinte convexe très étendue avec refoulement en masse vers le bas de toute la glande ;

— le système canaliculaire, également refoulé, ne présente pas d'aspect en « maille de filet ».

L'incidence de face confirme le refoulement en masse vers le bas de la glande sous-maxillaire.

- Il existe des signes inflammatoires parenchymateux : parenchyme « gorgé » de lipiodol avec aspect de piqueté localisé.
- *Diagnostic radiologique* : refoulement en masse parenchymateux et canaliculaire de toute la glande sous-maxillaire, témoin d'une lésion tumorale de la loge sous-maxillaire n'intéressant pas la glande.
 - *Diagnostic clinique* : tumeur de la loge sous-maxillaire.
 - *Histo-diagnostic* : kyste épidermique de la loge indépendant de la glande sous-maxillaire qui présente des signes inflammatoires subaigus non spécifiques.

2) CONCLUSIONS CONCERNANT L'INTERPRÉTATION

1° VALEUR DE L'IMAGE

Dans ce groupe, aucun diagnostic étiologique n'a pu être donné et l'aspect le plus fréquemment rencontré (7 cas sur 8) fut celui d'une image d'empreinte avec refoulement parenchymateux et canaliculaire régulier traduisant l'existence d'une « tumeur » de la loge parotidienne ou sous-maxillaire : *obs. n^{os} 44, 45, 46, 47, 48, 49 et 50.*

2° DIAGNOSTIC DE LOCALISATION

Le diagnostic de localisation s'est révélé meilleur puisque :

- sauf dans le cas de l'*obs. n^o 43*, l'atteinte des loges glandulaires a pu être précisée justement dans tous les cas ;
- 3 fois (*obs. n^{os} 45, 46, 47*) sur 5 cas, la participation glandulaire a été reconnue avec cependant un seul diagnostic possible de lobe parotidien en cause : *obs. n^o 46* ;
- enfin, les 3 localisations tumorales extra-glandulaires (*obs. n^{os} 44, 48, 50*) furent signalées.

3° APPRÉCIATION DU VOLUME GLANDULAIRE

Quant à l'appréciation des volumes glandulaires et tumoraux, comme dans les précédentes conclusions, les aires de réplétions glandulaires ne furent pas trouvées augmentées, sauf dans l'*obs. n^o 45*. Le volume glandulaire s'appréciant mieux sur les incidences de face — l'évaluation sialographique du volume tumoral ne donnant jamais qu'un ordre de grandeur approximatif.

V. — Les parotidites chroniques

A l'occasion de ces 4 observations de parotidites chroniques, seront repris dans les 56 sialographies étudiées les cas de correspondance entre les diagnostics histologiques et sialographiques d'état inflammatoire du tissu glandulaire parotidien ou sous-maxillaire et les corrélations que l'on peut essayer d'en déduire, ceci en considérant l'état inflammatoire tissulaire dans son sens le plus large, c'est-à-dire sans préjuger de son stade aigu, subaigu, chronique ou de son étiologie. L'étude portera donc en réalité sur 21 observations.

1) LES OBSERVATIONS

• OBS. N° 51 — *Rou...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— aire de réplétion normale ;

— l'opacification parenchymateuse est faite d'un ensemble de grains irréguliers très tassés décrits sous la dénomination de « grains de semoule ». Dans la portion antérieure glandulaire, une image de refoulement parenchymateux sphérique de 1 cm de diamètre ;

— le système canaliculaire, également refoulé de façon concentrique, présente un aspect fin et irrégulier qui le fait mal distinguer.

De face : confirme l'aspect parenchymateux « en grains de semoule » et précise la position superficielle de cette image régulière de refoulement canaliculaire et parenchymateux.

— *Diagnostic radiologique :* aspect inflammatoire disséminé avec image de refoulement canaliculaire et parenchymateux intra-glandulaire et superficielle.

— *Diagnostic clinique :* grosse parotide avec tumeur de la partie moyenne immédiatement en arrière du bord postérieur de la branche montante.

— *Histo-diagnostic :* tuberculose nodulaire du lobe superficiel avec lésions inflammatoires disséminées dans les deux lobes.

• OBS. N° 52 — *Len...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— aire de réplétion glandulaire assez étendue ;

— aspect très « gorgé » du parenchyme, la parotide étant pratiquement opacifiée en « bloc », tout l'ensemble glandulaire ayant perdu son aspect classique lobulé. Sur ce fond uniformément opacifié, on note des images de piquetés plus ou moins volumineuses, et surtout au niveau du pôle supérieur une image d'empreinte sphérique irrégulière mal limitée par le refoulement périphérique parenchymateux qu'elle entraîne.

Les images canaliculaires fines et irrégulières se distinguent mal, mais participent également à l'image de refoulement située au pôle supérieur.

De face :

— cette incidence montre les mêmes images parenchymateuses « gorgées » et piquetées sur lesquelles se distinguent mal le système canaliculaire ;

— même aspect de refoulement parenchymateux flou et canaliculaire avec dilacération au niveau du pôle supérieur.

Sur les clichés d'évacuation pratiqués cinq jours après, la limitation de l'empreinte du pôle supérieur est plus précise, il persiste une quantité importante de lipiodol et les images de piquetés apparaissent avec plus de netteté.

— *Diagnostic radiologique* : aspects inflammatoires disséminés ; les caractères successifs de l'image d'empreinte avec refoulement canaliculaire et parenchymateux évoquent une « masse » de la loge parotidienne n'intéressant pas la glande.

— *Diagnostic clinique* : grosse parotide avec individualisation d'une masse d'apparence tumorale en regard du col du condyle.

— *Histo-diagnostic* : tuberculose nodulaire de la parotide accompagnée de lésions inflammatoires banales.

• OBS. N° 53 — *Dem...*

Le cliché communiqué montre une parotide dont l'instillation semble techniquement incomplète néanmoins.

De profil :

— le parenchyme a perdu son aspect lobulé et on note des images de piquetés de volume plus ou moins grand ; mais surtout dans la portion glandulaire antérieure et moyenne, une image sphérique régulière de refoulement parenchymateux ;

— le système canaliculaire à l'aspect fin et irrégulier est lui aussi refoulé concentriquement.

De face, cette incidence précise qu'il s'agit d'un refoulement canaliculaire et parenchymateux externe en masse de la portion supérieure glandulaire.

— *Diagnostic radiologique* : aspect inflammatoire et image de refoulement canaliculaire et parenchymateux « en masse » faisant penser à une formation de la loge parotidienne, mais n'intéressant pas la glande.

— *Diagnostic clinique* : tuméfaction diffuse de la région parotidienne.

— *Histo-diagnostic* : parotidite chronique sans caractères spécifiques.

• OBS. N° 54 — *Lef...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

- ensemble d'images totalement différentes de la normale ;
- opacification parenchymateuse marquée par des amas lipiodolés, des traînées irrégulières et enchevêtrées de différents volumes ;
- système canaliculaire très modifié : canal de Sténon représenté par un écheveau irrégulier de filaments lipiodolés ; pas d'autres images canaliculaires décelables.

L'incidence de face montre le même type d'images canaliculaires et parenchymateuses.

Un cliché d'évacuation, pratiqué trois mois après, montre une persistance importante de lipiodol avec, de plus, image de diffusion en dehors des éléments canaliculaires et parenchymateux. Le lipiodol semble avoir été repris par la circulation générale.

- *Diagnostic radiologique* : aspect inflammatoire chronique.
- *Diagnostic clinique* : tuméfaction en masse de la région parotidienne.
- *Histo-diagnostic* : lésion de type inflammatoire chronique avec infiltrat lymphocytaire et formation de centres germinatifs. La glande est presque complètement détruite et ne persiste que sous forme de vestiges.

2) CONCLUSIONS SUR L'INTERPRÉTATION DES CLICHÉS

Dans chacune de ces 4 observations, on retrouve le même type d'image et il semble donc que l'on puisse définir un certain nombre de caractères sialographiques communs aux manifestations inflammatoires des glandes salivaires, sans préjuger du stade ou de l'étiologie de cette inflammation :

— L'image sialographique est faite d'une imprégnation parenchymateuse importante (parenchyme gorgé) avec piquetés disséminés plus ou moins volumineux et irréguliers, sur laquelle les images canaliculaires fines et irrégulières se distinguent mal, l'ensemble de la glande ayant perdu son aspect lobulé classique ; enfin, on remarque la persistance du lipiodol sur les clichés d'évacuation et les clichés pratiqués des jours ou des mois après, l'ensemble de ces aspects étant objectivé aussi bien sur les clichés de face que de profil.

1° VALEUR DE CETTE IMAGE POUR LE DIAGNOSTIC

Par rapport aux aspects sialographiques classiques décrits pour les états inflammatoires des glandes salivaires, l'image décrite ici semble

se présenter comme inférieure, puisqu'elle ne se borne qu'à donner un diagnostic global d'état inflammatoire, alors que classiquement on ait voulu décrire pour chaque stade aigu ou chronique, et pour chaque étiologie spécifique, des images particulières et caractéristiques ; cependant, l'expérience montre bien que les atteintes spécifiques peuvent donner des images banales et que les images données comme caractéristiques peuvent ne traduire qu'une parotidite banale aiguë ou chronique ; dans le cas particulier des 3 *observations* n^{os} 51, 52 et 24 de parotidites nodulaires tuberculeuses, aucune des images évocatrices ne fut retrouvée.

Par contre, si l'on considère la valeur diagnostique de l'image décrite n'évoquant qu'un état inflammatoire sans préjuger de son stade ou de son étiologie, on constate que cet aspect s'est rencontré 19 fois.

a) 13 fois, il fut confirmé par l'histodiagnostic dans :

- 2 cas de parotidite tuberculeuse nodulaire : *obs. n^{os} 51, 52 ;*
- 2 cas de parotidite chronique sans caractère spécifique : *obs. n^{os} 53, 54 ;*
- 4 cas accompagnant des épithéliomas à stroma remanié : *obs. n^{os} 2, 8, 9, 15 ;*
- 3 cas accompagnant des cystadénolymphomes : *obs. n^{os} 28, 30, 33 ;*
- 1 cas accompagnant un kyste épidermique de la sous-maxillaire : *obs. n^o 50 ;*
- 1 cas au cours d'une tumeur maligne de la loge parotidienne : *obs. n^o 37.*

b) 6 fois l'histodiagnostic ne décela pas de lésions inflammatoires. Ce fut dans :

- 2 cas d'épithéliomas à stroma remanié : *obs. n^{os} 20, 21, dont l'un d'ailleurs était accompagné de lymphomatose, et l'on peut expliquer l'erreur ;*
- 1 cas de cystadénolymphome : *obs. n^o 29 ;*
- le cas de cylindrome de la sous-maxillaire : *obs. n^o 49 ;*
- dans 2 cas, il s'agissait d'une image de néoplasme : *obs. n^{os} 38 et 41 ;*
- enfin, dans 2 cas, la sialographie ne montra pas d'aspect inflammatoire, alors que l'histodiagnostic le mettait en évidence : il s'agissait de 2 cas d'épithéliomas à stroma remanié : *obs. n^{os} 23 et 24.*

c) Pour compléter l'étude diagnostique des 4 observations de parotidites chroniques envisagées, signalons que dans 3 cas : *obs. n^{os} 51, 52 et 53, on a décrit des lésions tumorales inexistantes. On*

l'explique dans les 2 observations de parotidite nodulaire tuberculeuse où un nodule peut donner le même aspect radiologique qu'une tumeur ; dans le troisième cas : *obs. n° 53*, on peut souligner l'erreur, car c'est le seul véritable diagnostic de fausse tumeur relevé.

2° Enfin, quant au VOLUME GLANDULAIRE, signalons que dans ce groupe, les aires de réplétion glandulaire étaient normales dans 3 cas sur 4, l'incidence de face donnant seule la notion d'augmentation de volume par épaissement de l'ombre glandulaire.

VI. — Les adénites

Ce groupe ne comprend que 2 observations d'adénites sous-maxillaires, mais à ce propos nous reverrons les diagnostics erronés d'adénite portés au cours des observations sialographiques précédentes ; l'étude portera donc en fait sur 9 images.

1) LES OBSERVATIONS

• OBS. N° 55 — *Dep...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— bonne imprégnation parenchymateuse permettant de constater une image d'empreinte régulière de la portion antérieure de la sous-maxillaire avec refoulement vers le bas en masse de toute la glande ;

— le système canaliculaire participant lui aussi à l'image de refoulement sans aspect de dilacération ou de « mailles ».

De face, cette incidence montre la situation externe de cette image d'empreinte régulière entraînant le refoulement en masse de la glande en dedans et en bas.

Pas de signes inflammatoires.

— *Diagnostic radiologique :* image d'empreinte antéro-externe refoulant en masse la glande sous-maxillaire, témoin d'une lésion tumorale de la loge sous-maxillaire, mais n'intéressant pas la glande.

— *Diagnostic clinique :* masse du volume d'une noix de la région sous-maxillaire.

— *Histo-diagnostic :* ganglion tuberculeux en voie de ramollissement.

• OBS. N° 56 — *Bla...*

Instillation de 2 cm³ de lipiodol. Pas de reflux.

De profil :

— imprégnation parenchymateuse mettant en évidence une image de légère empreinte régulière sur la portion glandulaire antérieure avec refoulement parenchymateux ;

— le système canaliculaire est également refoulé, mais ne présente pas d'aspect de lacis étiré ou de « mailles ».

De face, l'incidence montre la situation externe de cette image d'empreinte avec refoulement parenchymateux et canaliculaire régulier.

Pas d'aspect inflammatoire.

- *Diagnostic radiologique* : image antéro-externe de légère empreinte avec refoulement parenchymateux et canaliculaire dont l'aspect permet de penser à une masse de la loge sous-maxillaire, mais n'intéressant pas la glande.
- *Diagnostic clinique* : tumeur de la région sous-maxillaire.
- *Histo-diagnostic* : masse ganglionnaire : prolifération tumorale lymphocytaire traduisant la présence d'un lymphome faisant penser à une leucose.

2) CONCLUSIONS CONCERNANT L'INTERPRÉTATION

Dans chacune de ces 2 observations, on retrouve le même type d'image que l'on peut décrire de la façon suivante :

— Image d'empreinte avec refoulement en masse parenchymateux et canaliculaire, refoulement sans aspect de dilacération ou de lacis circonscrivant la zone d'empreinte, et sur des clichés pratiqués un quart d'heure ou une demi-heure après l'instillation, tube d'instillation en place, image montrant des perméabilisations nouvelles de canalicules, avec précision plus grande des limites des empreintes vues sur les premières incidences.

1° VALEUR DE CETTE IMAGE dans le diagnostic étiologique

Par rapport aux descriptions classiques des images d'adénites, la description donnée ne diffère pas. Tout au plus insiste-t-on sur la valeur d'association des lésions inflammatoires et sur le fait que la zone d'empreinte est beaucoup moins radioclaire que dans un épithélioma à stroma remanié par exemple.

En tenant compte de la description donnée, les deux images d'adénite diagnostiquées par la sialographie furent histologiquement confirmées.

Mais dans l'ensemble des sialographies, ce diagnostic d'adénite fut évoqué 7 fois à tort :

- dans 4 cas, il s'agissait d'un épithélioma à stroma remanié : obs. n^{os} 5, 13, 19 et 25 ;
- dans 1 cas, il s'agissait de cystadénolymphome : obs. n^o 29 ;
- dans 1 cas, c'était un cylindrome de la sous-maxillaire : obs. n^o 49 ;
- 1 cas enfin répondait à une tuberculose nodulaire de la parotide : obs. n^o 52.

C'est dire la prudence avec laquelle il faut tenir compte de ces critères, en soulignant cependant qu'ils semblent présenter plus de valeur au niveau de la loge sous-maxillaire, puisque 6 erreurs sur 7

furent faites sur des interprétations d'image parotidienne ; peut-être peut-on attribuer ce fait aux conformations anatomiques de cette loge sous-maxillaire, plus extensible que la loge parotidienne, permettant ainsi une meilleure individualisation des éléments ganglionnaires et glandulaires qu'elle contient.

2° Quant au DIAGNOSTIC DE LOCALISATION par rapport à la loge et à la glande sous-maxillaire, il s'est trouvé exact dans les 2 cas, mais l'évaluation du volume n'a pu se faire de façon relativement exacte, l'image de la sous-maxillaire ne circonscrivant pas l'empreinte mettant en évidence l'adénite, et ne permettant pas ainsi l'appréciation nette de ses limites.

CONCLUSIONS GENERALES

Au terme de cette étude de 56 sialographies *toutes* indiquées par l'examen clinique et vérifiées par l'histologie, nous allons maintenant essayer de dégager certaines conclusions relatives à la technique d'obtention des images et à leur interprétation.

I. — CONCLUSIONS RELATIVES A LA TECHNIQUE

QUANT AU VOLUME DU LIPIODOL A INJECTER :

Deux centimètres cubes dans la grande majorité des cas de sialographies parotidiennes ou sous-maxillaires donnent des images satisfaisantes, puisque 4 reflux seulement furent observés :

— 2 dans le groupe des tumeurs mixtes, toutes 2 récidivées :
obs. n^{os} 9 et 19 ;

— 1 dans le groupe des cystadénolymphomes : *obs. n^o 34 ;*

— 1 dans le groupe des néoplasies de la loge parotidienne :
obs. n^o 41 ;

et que, 2 fois seulement, il y eut insuffisance de lipiodol :

— dans 1 cystadénome : *obs. n^o 33 ;*

— dans 1 néoplasme : *obs. n^o 40.*

On peut faire remarquer à ce propos qu'il n'y a pas de corrélation à établir entre le volume glandulaire et le volume du produit opacifiant à injecter.

QUANT AUX INCIDENCES :

a) Plusieurs sont nécessaires, d'une part parce que parfois seule une incidence montre une image pathologique, d'autre part, parce que

le volume glandulaire ou tumoral n'est le plus souvent appréciable qualitativement que par confrontation des incidences face et profil. Cette dernière d'ailleurs ne donnant pratiquement aucune indication sur le volume glandulaire, les aires de réplétion ayant été dans la majorité de nos cas jugées comme normales sur cette incidence.

b) Pour les sialographies parotidiennes, deux incidences sont nécessaires : profil (incidence de Parma) et face. L'incidence de Hirtz étant intéressante pour juger de l'extension du prolongement pharyngien lorsque la clinique le laisse supposer. L'incidence en maxillaire défilé semble inutile pour la parotide, car elle donne des images déformées, étirées, comme en « coup de vent », vers le haut des premiers canaux de division dont l'obliquité du rayonnement peut seule rendre compte.

c) Pour les images sous-maxillaires, deux incidences également au minimum : profil, c'est le maxillaire défilé au niveau de la branche horizontale en utilisant un rayonnement peu oblique pour ne pas « plaquer » la glande sur l'os ; face : le rayon principal rasant le bord basilaire ; enfin, une vue horizontale sur film mordu suivant l'incidence décrite par M. BONNEAU pour la recherche d'une lithiase postérieure, permet de voir se projeter la sous-maxillaire en dedans de l'arc mandibulaire.

d) Dans tous les cas, plusieurs séries de clichés sont souhaitables :

- une première série, immédiatement après l'instillation ;
- une deuxième série, un quart d'heure ou une demi-heure après, le tube d'instillation restant en place ;
- enfin, un troisième cliché pratiqué entre quarante-huit heures et huit jours après permet de juger de l'évacuation du produit opacifiant.

II. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES RELATIVES AU DIAGNOSTIC QUE PEUT DONNER UNE SIALOGRAPHIE

Nous envisagerons successivement ces possibilités de diagnostic :

- dans les lésions cliniquement tumorales des régions parotidiennes et sous-maxillaires ;
- dans les états inflammatoires.

A) DANS LES LESIONS TUMORALES

Les aspects sialographiques les plus fréquemment rencontrés sont des images d'empreinte (ou de manque dans l'opacification) le plus souvent grossièrement sphériques avec refoulement presque constamment régulier du parenchyme et du système canaliculaire, images traduisant donc l'existence de tumeurs ou plus généralement de masses situées dans les loges glandulaires considérées.

a) C'EST DIRE QUE LE DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE OU ANATOMIQUE de « masse pathologique » est possible, et ceci dans la pluralité des cas : en effet, sur 56 sialographies, il a pu être affirmé justement 50 fois — dans 2 cas seulement le diagnostic ne fut pas donné ; il s'agissait, rappelons-le, d'un épithélioma à stroma remanié, et d'un nodule lymphomateux de la parotide ; enfin, dans les 4 dernières observations, des parotidites chroniques étaient en cause, et nous avons vu que 3 faux diagnostics de tumeurs furent faits dont 2 étaient largement explicables par le fait qu'il s'agissait de nodules tuberculeux de la parotide, c'est-à-dire finalement de « masse tumorale » de cette glande. Si l'on considère maintenant l'appréciation du volume ou du nombre des foyers tumoraux, les résultats sont moins encourageants.

En effet, la sialographie, comme la clinique d'ailleurs, ne permet d'avoir qu'une notion qualitative du volume (tumeur plus ou moins volumineuse, dit-on), mais non une notion quantitative mesurable de façon précise. Enfin, dans 6 observations, l'histodiagnostic montra qu'il existait plusieurs foyers tumoraux importants ; la sialographie ne fit le diagnostic que dans 1 cas (cystadénolymphome, obs. n° 35) ; dans les 5 autres, un seul foyer fut signalé : il s'agissait de 4 observations d'épithéliomas à stroma remanié (obs. n°s 5, 9, 13 et 17) et d'une néoformation de la loge parotidienne (obs. n° 41).

b) CETTE MASSE Tumorale AFFIRMÉE, PEUT-ON LA LOCALISER ?

1) Par rapport à la région :

Est-elle dans la loge sous-maxillaire ou parotidienne ? On serait tenté de répondre que dans tous les cas ou presque, ce diagnostic de loge est possible, puisque 54 sialographies montrent des images où la localisation sous-maxillaire ou parotidienne ne soulève pas de doute. Cependant, revenons sur ces 2 cas où le diagnostic ne fut pas fait, car dans ces 2 cas l'examen clinique ne l'avait pas donné non plus et la sialographie aurait pu apporter là des renseignements capitaux qu'elle ne donna malheureusement pas :

- obs. n° 43 du groupe « des tumeurs rares » où la clinique penchait pour un kyste sébacé et où la sialographie ne redressa pas l'erreur ;
- obs. n° 25 du groupe des épithéliomas à stroma remanié où, devant une clinique hésitante sur la localisation sous-maxillaire ou parotidienne, la sialographie localisa dans la loge sous-maxillaire ce qui se trouvait en réalité dans la loge parotidienne.

2) Par rapport à la glande :

On peut dire que, dans de nombreux cas, les images de refoulement *en masse* parenchymateux et canaliculaire, sans aspect de dilacération ou de lacis canaliculaire limitant le plus souvent partiellement une zone d'empreinte, permettent de penser à une localisation extra-glandulaire ; à l'inverse, les aspects de lacis d'étirement canaliculaire réalisant au mieux « la balle dans la main », limitant le plus souvent complètement une zone d'empreinte, permettent de penser à une localisation intra-glandulaire.

En effet, la localisation intra-glandulaire a été retrouvée et confirmée dans 32 cas, pendant que 7 localisations extra-glandulaires étaient également vérifiées, soit donc 39 localisations justes par rapport à la glande sur 56, ou encore localisations justes dans les deux tiers des cas.

3) Localisations par rapport au lobe pour la parotide :

En reprenant les 42 localisations tumorales parotidiennes, le lobe en cause n'a pu être précisé justement que 14 fois : un tiers des cas.

* c) RESTE LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE : PEUT-IL ÊTRE PRÉCISÉ ?

— Pour les épithéliomas à stroma remanié, il semblerait que ce diagnostic soit possible, puisque l'image la plus fréquemment retrouvée et correspondant d'ailleurs à celle décrite classiquement a permis le bon diagnostic dans 18 cas sur 27. Rappelons cependant les 11 fausses images d'épithéliomas à stroma remanié qui malheureusement diminuent la valeur de l'image type ; pour les autres étiologies, il n'est pas possible avec des chances de succès suffisantes.

— Dans le cas particulier des tumeurs, on peut essayer de limiter le diagnostic étiologique à celui de nature : tumeur d'allure bénigne ou maligne, en admettant avec ce que cela comporte de risques, l'encapsulation de la première, le caractère de diffusion de la deuxième et le retentissement de ces aspects au niveau des images du système

canaliculaire. Nous avons vu que, une seule fois, le diagnostic de tumeur maligne avait pu être posé ; dans les 5 autres cas, des diagnostics de tumeurs bénignes avaient été portés, 1 cas restant douteux.

B) DANS LES ETATS INFLAMMATOIRES

Rappelons que l'on peut définir sialographiquement une image d'état inflammatoire sans préjuger de son stade aigu, subaigu ou chronique, ni de son étiologie, et que les résultats peuvent paraître intéressants puisque l'image retrouvée 19 fois fut vérifiée par l'histologie 13 fois, ce qui ne veut pas dire, comme nous l'avons vu d'ailleurs, qu'une image sialographique normale ne cache pas des lésions glandulaires inflammatoires.

Quant au diagnostic étiologique de l'état inflammatoire, nous ne pouvons que faire état des 3 observations de tuberculose nodulaire de la parotide où les images classiques et caractéristiques ne furent pas retrouvées.

CONCLUSIONS

La sialographie peut donc conduire à un diagnostic symptomatique de tumeur des régions parotidienne ou sous-maxillaire, en précisant dans un nombre intéressant de cas les rapports de cette masse avec les glandes salivaires. De même, elle peut donner d'assez bons renseignements dans le diagnostic symptomatique d'état inflammatoire parenchymateux. Mais les renseignements deviennent plus incertains pour l'appréciation exacte du volume et, *a fortiori*, du caractère pluri-focal et de l'extension de cette tumeur, ainsi que pour la localisation aux lobes superficiel ou profond de la parotide. Enfin, exception faite du cas particulier des épithéliomas à stroma remanié, et nous avons vu les réserves qu'il faut faire, le diagnostic étiologique de tumeur ou d'état inflammatoire n'est pas possible et dans tous les cas pas suffisamment certain pour imposer une conduite thérapeutique que l'examen clinique n'aurait pas suggéré. Signalons, pour terminer, que ce travail a été fait sur des sialographies indiquées par l'examen clinique, ce qui laisse donc sous-entendre que le diagnostic clinique de tumeur ou de masse, et dans certains cas même le diagnostic étiologique et la conduite thérapeutique, étaient déjà précisés suffisamment, notamment dans les cas des épithéliomas à stroma remanié.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DECHAUME

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1940 - 1961

- ZERBINI, FANGANIELLO (A.). — Sialography, value in diagnosis. (*Rev. de Cir. de Sao-Paulo*, novembre-décembre 1940, 6, 159-195.)
- RICHARD, CERNÉA, HENNION. — Rétention lipiodolée après sialographie, symptôme d'obstruction canaliculaire. (*Société de Stomatologie*, mars 1942 ; — *Presse Médicale*, 1942, n° 27, p. 361.)
- LEROUX, CHEVALLIER. — Injection de lipiodol dans les glandes salivaires. (*Annales O.R.L.*, octobre-décembre 1944, t. 12, n° 12.)
- LEROUX. — Application des méthodes d'examen sialographique au diagnostic. (*J. de Radiol. et Elect.*, 1947, 28, 85-94.)
- TSIRIKAS. — Modification de la technique de la sialographie et présentations de quelques intéressants sialogrammes. (*V^e Congrès des Médecins Electro-Radiologistes de Langue Française* ; — *Presse Médicale*, octobre 1947, n° 29, 353.)
- Société de Stomatologie*, 17 octobre 1950, consacrée à la sialographie ; *Revue de Stomatologie*, 10 octobre 1950, t. 51 :
- PARRET : Indications et contre-indications de la sialographie.
- HOUPERT : A propos de la technique de la sialographie.
- DECHAUME, BONNEAU : Technique de la sialographie.
- BATAILLE : Une technique de sialographie.
- DUMAS : Incidents et accidents au cours des sialographies.
- CHEMIN : Technique de la sialographie.
- AUBERT, GUÉRIN : Présentations de clichés de glandes normales.
- BUREAU : Les parotidites chroniques.
- DUMAS : Les affections tumorales.
- REDON, GRELLET. — Sialographies dans les affections tumorales de la parotide.
- GRELLET. — Sialographies. (*P.O.S.*, 1958, n° 1.120.)
- REDON, GRELLET. — Sialographie de la glande parotide, sa valeur diagnostique. (*Presse Médicale*, 1951, 59, n° 82, p. 1729.)

XLVIII^e Congrès Français d'O.R.L. ; Presse Médicale, 1951, 59, n° 2, p. 25 :

LEROUX, LEMOYNE, GAILLARD : Diagnostic et indications thérapeutiques des tuméfactions chroniques des glandes salivaires.

LAPOUGE, SPRECHER, REY : Avantages de la sialographie.

TALLIEN (D.P.) : Syndrome de Gougerot-Sjogren et sa sialographie.

DECHAUME, BONNEAU. — Méthode de diagnostic dans les affections des glandes salivaires. (*Presse Médicale*, 1951, 59, n° 28, p. 561.)

BATAILLE (R.). — Technique de la sialographie. (*Presse Médicale*, 1951, 59, pp. 98-99.)

PATEY (D.H.) et HAND (B.G.). — Diagnosis of mixed tumours. (*Lancet*, August 1952, 2, 310-311.)

DECHAUME, BONNEAU. — Diagnostic des parotidites partielles ; aspects radiologiques. (*Presse Médicale*, 1953, 61, p. 937.)

PARRET. — Sialographie dans la maladie de Gougerot-Sjogren. (*Presse Médicale*, 1954, 62, n° 22, p. 478.)

REDON. — Chirurgie des glandes salivaires. 1 vol. (Masson, 1955.)

BEYER (T.E.) et BLAIR (J.R.). — Sialography in diagnosis and treatment of lesions of parotid gland and duct. (*Laryngoscope*, janvier 1956, 66, pp. 60-71.)

EINSTEIN (R.A.), PERZIT (S.L.). — Parotid sialography : roentgenologico-surgical correlation in a serie of 70 cases. (*California M.*, février 1958, 88, 98-102.)

DECHAUME, BONNEAU, PAYEN, DOZIN. — Confrontations anatomo-radiologiques dans les lésions chroniques de la parotide. (*Bulletin du G.I.R.S. en Stomatologie*, octobre 1958, n° 2, p. 34.)

GULLMO et BOOK-HEDERSTROM (G.). — Technique de sialographie. (*Acta Radiologica*, janvier 1958, vol. 49, pp. 17-24.)

DIAMANT, FORSBERG (A.). — La sialographie, méthode d'investigation de la glande parotide. (*Revue de Laryngologie*, Bordeaux, décembre 1959, 957-969.)

OPPENHEIM (H.). — Sialography and surface anatomy of the parotid duct. (*A.M.A. Arch. Otolaryng.*, janvier 1960, 71, 80-83.)

PIETRANTONI, LEONARDELLI, PIZZETTI. — Tumeurs rares et pseudo-tumeurs de la parotide (considérations anatomo-pathologiques sialographiques et cliniques à propos de 9 cas opérés).

PLESSIS (D.J. DU). — The value of sialography in the diagnosis of parotid tumours. (*South African Medical J.*, 1961, t. 35, 189-194.)

VIL'KHOVOI (U.F.). — Roentgenological image of the duct of steno in different variations of its cause. (*Vest. Roentgenol. Radiol.*, novembre-décembre 1961, 36, 72-73.)

BIASINI, BERTI. — Anatomo-pathological and clinical considerations on 211 cases of tumors of the parotid. (*Arch. Maragliano Pat. Clin.*, décembre 1961, 17, 1175-1193.)

